

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Juillet 1909 à 1 heure

PAR

Paul CHAIGNEAU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
et du service ophtalmologique de Lariboisière

Contribution à l'Étude

DES

Ostéopériostites Syphilitiques

DE L'ORBITE

Président : M. GARIEL, professeur

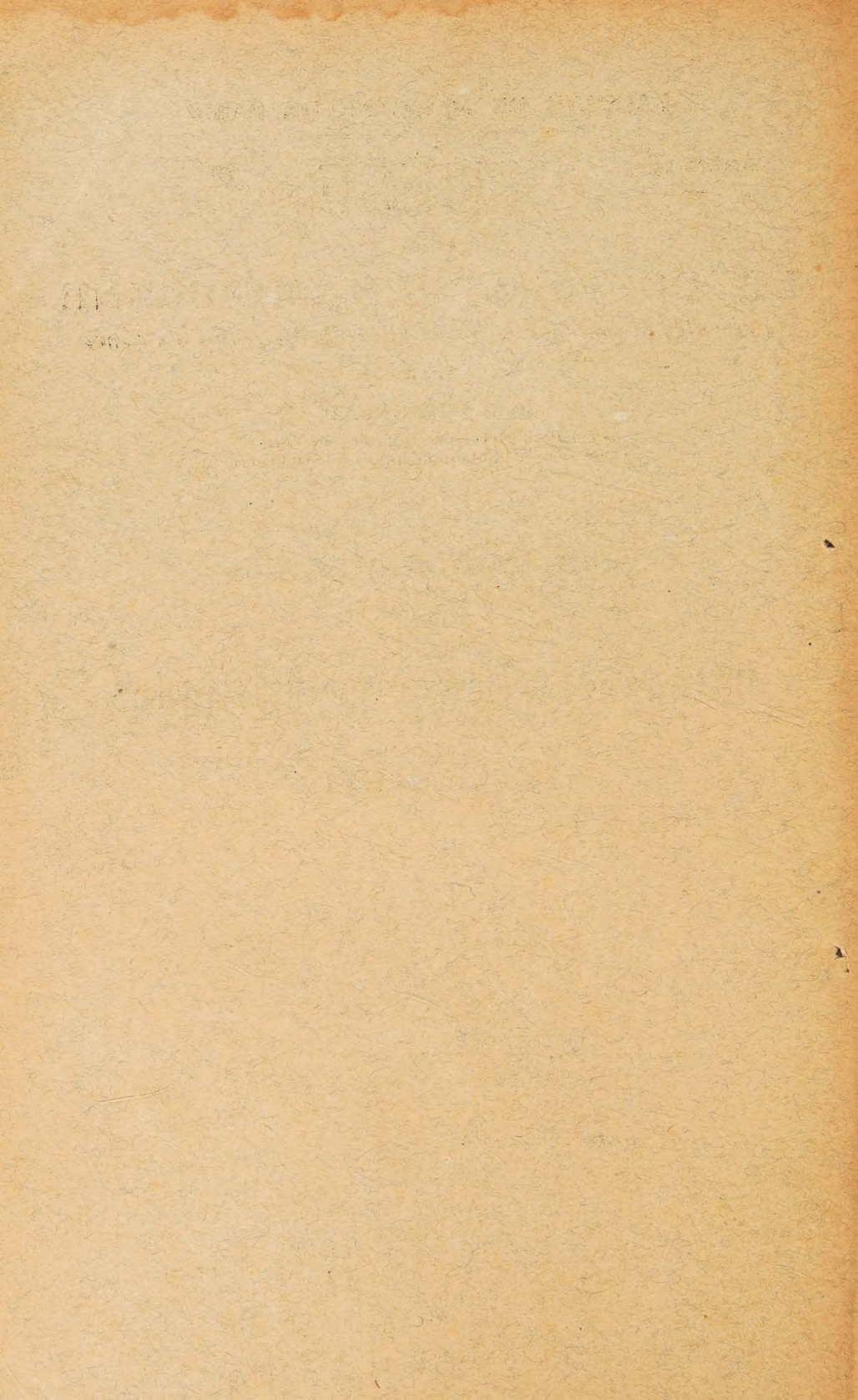
Juges } MM. BLANCHARD, professeur
GAUCHER, professeur
ZIMMERN, agrégé

PARIS

ALFRED LÉCLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Juillet 1909 à 1 heure

PAR

Paul CHAIGNEAU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
et du service ophtalmologique de Lariboisière

Contribution à l'Étude

DES

Ostéopériostites Syphilitiques

DE L'ORBITE



Président : M. GARIEL, professeur

Juges { MM. BLANCHARD, professeur
GAUCHER, professeur
ZIMMERN, agrégé

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHEL
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.		BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique.		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements.		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANCON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GARIEL

Professeur de physique médicale à la Faculté de Médecine
de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur BRAULT, stage, Lariboisière, 1902-1903.

Monsieur le Docteur DUFOUR, externat, Cochin, 1903.

Monsieur le Docteur HUDELO, externat, Saint-Louis, 1904-1905.

Monsieur le Professeur Agrégé JEANSELME, externat, Tenon, 1905-1906.

Monsieur le Docteur LAPOINTE, externat, Tenon, 1906.

Monsieur le Docteur WIART, externat, Tenon, 1907.

Monsieur le Docteur BOISSARD, stage d'accouchement, Tenon, 1907.

Monsieur le Docteur MORAX, externat, Lariboisière, 1907-1909.

Monsieur le Professeur RAYMOND, externat, la Salpêtrière, 1908.

A Messieurs : le Docteur CHEVALLEREAU, Médecin de la Clinique des Quinze-Vingts, Docteur POLACK, Médecin de la Fondation Ophtalmologique de Rothschild, Docteur CHAILLOUS, Chef du Laboratoire de la Clinique des Quinze-Vingts.

A Messieurs le Docteur RAMOND, Médecin des Hôpitaux, Docteur CATZ, Assistant de Consultation de Chirurgie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
Ostéopériostites Syphilitiques
DE L'ORBITE

HISTORIQUE. — GÉNÉRALITÉS

L'auteur le plus ancien qui fasse allusion aux exostoses de l'orbite d'origine syphilitique est Bœrhave ; cet excellent auteur écrivait au milieu du XVIII^e siècle, dans son ouvrage sur les *Maladies des Yeux* : « La cause prochaine de l'amaurosis est donc tout ce qui, sans blesser extérieurement le globe de l'œil, rend les instruments de la faculté de la vue incapables de voir ; or cela peut provenir de la seule exostose de l'os sphénoïde dans la vérole. » — « La première cause de cette maladie, l'amaurosis ou goutte sereine, provient de la corruption du nerf. Nous en avons des exemples dans la vérole dans laquelle

il arrive quelquefois que le périoste et la base même du crâne et le périoste de l'apophyse de l'os cunéiforme, à l'endroit où cet os forme une espèce d'arcade, par laquelle sort le nerf optique, vient à suppuration ; vice qui communiqué au nerf, le corrompt et cause un aveuglement incurable, d'où s'en suit la solution de ce problème : les vérolés éprouvent un obscurcissement de la vue, et deviennent aveugles lorsque le mal se jette particulièrement sur leur tête. C'est ce qui nous est confirmé par les observations anatomiques. En effet, la vérole nous a fourni un exemple d'amaurose provenue de la compression du nerf optique, en conséquence d'une exostose, parce que l'on s'aperçut que la petite lame de l'os cunéiforme était attaquée d'exostose, d'où s'en suivit la compression du nerf optique et conséquemment une goutte sereine, malgré que le cerveau et les nerfs ne fussent point endommagés. Ce mal est incurable, à moins que l'on ne voulût enlever cette exostose, ce qui se fait par la salivation. »

Au début du siècle dernier, Demours ne parle point de syphilis orbitaire ; en Angleterre, Wawkins eut plusieurs cas de carie syphilitique de l'orbite, et Hamilton, de Dublin, en vit un qui est rapporté en son entier dans la thèse de Demarquay, et que nous reproduisons plus loin. Scarpa parle des amauroses incurables qui « dérivent de maladie vénérienne confirmée, de celles qui sont compliquées de la présence d'une ou plusieurs exostoses sur le front, au côté du nez, sur l'os maxillaire, capables de faire suspecter l'existence d'autres exostoses semblables dans l'intérieur de l'orbite... » — « Dans quelques cas c'est un virus constitutionnel, tel que le syphilitique, qu'on doit accuser

de l'affection en question. Un grand musicien italien, qui habite Paris, est atteint d'une exophtalmie ancienne dont l'origine paraît remonter à une phlogose orbitaire déterminée par une galanterie théâtrale. »

Ricord eut à s'occuper de la question en temps que syphiligraphe, mais il n'est guère explicite : « Les ostéites superficielles sont plus rares qu'on ne pense et forment des tumeurs auxquelles on a donné le nom de périostoses. Ces tumeurs plus ou moins circonscrites siègent ordinairement sur les os superficiels et dans les points où ils sont le plus rapprochés de la peau... Lente et chronique dans sa marche, elle affecte souvent une forme subaiguë, et après être restée plus ou moins longtemps sous la forme de simple douleur ostéocope, le gonflement auquel elle donne lieu finit par la trahir au dehors... Quand la maladie a pour siège les os spongieux, en particulier ceux de la face, la suppuration est facile et fréquente. »

Au milieu du XIX^e siècle de nombreux auteurs se sont occupés de la carie de l'orbite, et pourtant ils ne considèrent la syphilis que comme une cause très rare de cette affection.

Mackenzie, qui a fait de la question une étude clinique assez étendue, ne cite qu'un cas de periorbitis chronique syphilitique, qui est relaté plus loin : « Celle-ci, dit-il, reconnaît parfois pour cause la syphilis ou l'usage immodéré du mercure. » Cette dernière assertion est pour le moins bizarre.

Desmarres, dans son *Traité théorique et pratique sur les maladies des yeux* et deux articles parus dans la *Gazette*

des Hôpitaux (1853) et la *Clinique européenne*, ne nous donne guère plus de détails.

Demarquay a fait dans sa thèse d'agrégation une étude d'ensemble de la question et a résumé les connaissances de l'époque ; il termine ainsi son chapitre sur les ostéopériostites orbitaires : « En tout cas, les antécédents du malade devront être soigneusement recherchés sous le rapport syphilitique, bien que la syphilis agisse rarement dans cette région pour produire des exostoses. »

Les grands ouvrages parus à cette époque et un peu plus tard : *Dictionnaire de Dechambre*, *Traité de Chirurgie de Billroth*, *Dictionnaire de Jaccoud*, *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, *Encyclopédie der Eulenburg*, etc., ne s'étendent guère sur la question, et l'on ne trouve que des cas isolés disséminés dans la littérature française et étrangère. Carron du Villards en donne deux observations succinctes dans les *Annales d'oculistique* de 1858 : « La plupart de ces exostoses ont leur siège dans l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur ou dans l'arcade sourcilière. Presque toutes ont une origine syphilitique, quelques cas isolés sont la suite de lésions traumatiques. »

« J'ai observé dans ma pratique quelques cas isolés de cette nature. Le premier se rapporte à un marchand de journaux de Paris, atteint d'une exostose syphilitique dont le plus grand développement avait abaissé l'apophyse orbitaire de l'os frontal et produit une exophtalmie notable. Ce malade fut guéri par des préparations de chlorure d'or. »

« Le second cas que j'observai provenait encore de

l'infection syphilitique ; il existait chez une femme de Monfort-l'Amaury, atteinte de syphilides pustuleuses crustacées et d'iritis syphilitique... L'exostose avait un siège sur la branche montante de l'os maxillaire droit et luxait fortement l'œil en dehors. » Cette femme suivit un traitement antisiphilitique et guérit non seulement de l'exostose, mais de la syphilide et de l'iritis.

Bull et Alexander ont réuni un certain nombre d'observations qui leur ont servi à faire des travaux plus complets. Dans *Syphilis und Auge*, ce dernier écrit que les affections du squelette osseux étant parmi les manifestations les plus fréquentes de la syphilis généralisée, le squelette de l'orbite ne fait pas exception à la règle.

Quant à Max Knies les symptômes de la périostite orbitaire syphilitique n'ont pour lui rien de bien caractéristique.

Galezowski s'occupe de la question d'une façon un peu indirecte dans *Amblyopies et amauroses syphilitiques*.

Berger, dans son *Traité des maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale* donne quelques considérations d'où il ressort que la syphilis peut frapper les os de l'orbite au niveau de la fente sphénoïdale provoquant ainsi des paralysies motrices, que ces ostéopériostites produisent du gonflement des paupières et de l'exophtalmie, qu'elles s'accompagnent enfin de douleurs violentes à exacerbations nocturnes.

Enfin Panas considère l'ostéopériostite comme dépendante d'états dyscrasiques, particulièrement de la tuberculose et de la syphilis.

En ces dernières années, quelques observations nouvelles ont été publiées ; on peut les lire à la fin de cet ouvrage.

Par conséquent, à part quelques rares auteurs, la plupart ont considéré la syphilis comme n'ayant qu'une action incertaine et plutôt rare, sur la production des lésions osseuses orbitaires. Le froid, le traumatisme, le rhumatisme, la tuberculose ont été seuls considérés comme des facteurs étiologiques importants.

Certains, comme Sichel père, ont fait deux catégories bien distinctes de l'ostéopériostite primitive dont les causes viennent d'être énumérées et de l'ostéopériostite secondaire à des lésions sinusiennes et surtout consécutives à un phlegmon de l'orbite ou à un abcès lacrymal ; de la syphilis il n'en est presque pas question, mais en dehors de corps vulnérants ayant atteint directement les parois orbitaires, de lésions manifestement localisées de prime abord à des organes voisins, ces facteurs faisant défaut, il ne reste plus qu'à suspecter la tuberculose et la syphilis.

Notre désir est de montrer que cette dernière est une cause beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a pensé jusqu'ici. Dans un matériel de 37 observations recueillies dans le service ophtalmologique de Lariboisière, depuis 1903, et concernant l'ostéopériostite du squelette de l'orbite, on en trouve 19 qui se répartissent ainsi : 6 étaient des ostéopériostites à staphylocoques, 2 autres avaient une origine dentaire, 7 étaient de nature indéterminée et se sont rapidement améliorées, les unes avec un traitement indifférent, les autres à la suite d'une intervention san-

glante ; à deux de ces derniers malades, suspects de tuberculose, on fit, à deux reprises, une instillation de tuberculine Pasteur au 1/100, et une injection de 3 dixièmes de milligramme de cette même substance, expériences qui ne donnèrent lieu à aucune réaction ; une inoculation du pus au cobaye ne donna pas non plus de résultats. Quatre autres cas semblaient bien être d'origine syphilitique, vus leurs antécédents, malheureusement les malades n'ont pas été suffisamment suivis et les observations pas complétées, ce qui nous a décidé à nous abstenir de les donner ici.

Quant aux 18 observations qu'on trouve plus loin, on peut les répartir ainsi. Dans 11 cas, le diagnostic fut confirmé par la présence d'autres accidents osseux, muqueux, cutanés, nerveux ou oculaires ; pour ceux-ci comme pour les 7 derniers, l'efficacité du traitement seule aurait suffi à imposer le diagnostic d'ostéopériostite syphilitique, en l'absence de spécificité reconnue par le malade.

ETIOLOGIE

Les périostites et ostéopériostites syphilitiques de l'orbite sont dues à la présence probable dans les tissus de ce qu'on appelait autrefois le virus syphilitique, ce qui est devenu depuis le spirochète, puis le tréponème pâle de Schaudinn. C'est à toutes les périodes de la maladie que peuvent se produire ces phénomènes osseux. Les différents auteurs que nous avons consultés n'ont pas là-dessus d'idées très nettes ; Alexander, qui a réuni un matériel de vingt-cinq observations personnelles, ne mentionne pas d'une façon particulière la date d'apparition, mais c'est aux périodes secundo-tertiaire et tertiaire que les malades qu'il étudia ont été frappés.

Quant aux autres auteurs qui se sont occupés de la question, ils ne citent pour la plupart que des faits isolés, par conséquent sans valeur.

Pour Beaudonnet (Thèse de Paris, 1894) il n'y a pas possibilité de fixer une date uniforme pour leur apparition et les parois de l'orbite sont surtout atteintes par la syphilis tertiaire. D'après les observations que nous avons recueillies, on doit être persuadé que c'est à toutes les périodes que peuvent se produire ces lésions, qu'il s'agisse de syphilis héréditaire ou acquise. Haltenhoff a vu un enfant nouveau-né atteint d'exophtalmie congénitale due

à une exostose orbitaire d'origine syphilitique ; on trouve aussi des cas où les os ont été atteints à la période secondaire ou secundo-tertiaire, alors que les accidents cutanéomuqueux existent encore ou sont à peine disparus.

Cependant c'est plusieurs années après l'infection primitive qu'ils sont les plus fréquents, et il ne faut pas oublier qu'ils peuvent se présenter vingt ou trente ans après le début de la maladie.

Il est probable que le traumatisme joue un rôle assez important dans leur production ; ce sont, en effet, des os superficiels qui sont le plus souvent atteints, parce qu'ils sont le plus souvent traumatisés ; les os de l'avant-bras, la clavicule, le sternum, l'omoplate, le tibia et, ce qui nous intéresse davantage, les os du pourtour de l'orbite. Presque toujours le malade accuse une chute sur la tête, un coup reçu dans la région frontale, qui passent inaperçus et qui reviennent à la mémoire quand, six mois ou un an après, quelquefois plus, apparaissent les premiers symptômes de l'affection.

Mais ce qui surtout frappe, lorsqu'on prend de la question une vue d'ensemble, c'est l'absence d'une thérapeutique suivie, et souvent parfois le manque absolu de traitement antérieur, vu l'ignorance où le malade se trouve de son état.

DESCRIPTION CLINIQUE

L'ostéopériostite syphilitique des bords orbitaires ne se manifeste le plus souvent à l'attention du spécialiste, que sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, siégeant au pourtour de l'orbite et n'entraînant pas de douleurs bien vives. Ce dernier caractère est une raison pour que les malades, au moment où l'affection est à son premier stade, c'est-à-dire lorsqu'il y a seulement un épaissement du périoste, sans abcédation, confondent ces douleurs avec un mal de tête vulgaire et ne s'émeuvent que lorsqu'apparaît une tumeur.

L'apparition des douleurs est parfois bien antérieure à celle des symptômes somatiques, mais ce n'est pas la règle ; au contraire, l'on remarque dans plusieurs de nos observations inédites qu'elles sont aussi tardives que peu accentuées, et qu'il faut la pression sur la partie malade pour qu'elles puissent apparaître, ce qui leur enlève leur qualité de douleurs spontanées, ostéocopes, pathognomoniques de lésions syphilitiques.

Lorsque la tumeur est constituée, elle se présente sous une forme arrondie ou ovalaire, reposant par une large base sur le plan osseux sous-jacent ; la consistance en est dure, puis rénitente et enfin apparaissent des zones ramollies

qui se fusionnent, pour former au centre une partie nettement fluctuante, entourée à sa base d'un rebord plus consistant, cartilagineux. A ce moment les téguments changent de caractères ; d'abord normale, la peau s'amincit, devient rouge et violacée ; puis enfin s'ulcère laissant échapper un pus dont les caractères avaient frappé Fallope. « Ces tumeurs, écrivait-il en 1555, contiennent une humeur épaisse qui ressemble à de la gomme, et c'est pourquoi on les connaît sous le nom de tumeurs gommeuses. » Peu à peu l'ulcération s'agrandit, ses bords se décollent et laissent apercevoir une anfractuosité emplie d'un exsudat de vilain aspect, qui cache l'os dénudé ou carié, ce dont il est facile de se rendre compte à l'aide d'un stylet.

C'est au moment où se forme l'abcédation que les douleurs sont les plus vives : c'est une sensation de tension d'élançement, qui cesse lorsque le pus s'est fait jour au dehors soit spontanément, soit à l'aide du bistouri, ou après une ponction avec la seringue de Pravaz ; elles cessent alors ou prennent une forme intermittente.

Puis sous l'influence du traitement, les bords de l'ulcération se rapprochent, et il se forme une fistule par où s'échappe une sérosité qui se concrète en une croûte jaunâtre.

Selon la durée de l'affection, il y a une perte de substance variable, qui peut aller jusqu'à l'effondrement partiel ou complet de toute la table externe du rebord orbitaire attaqué, et les téguments étant détruits ainsi en partie, il se forme par la suite une cicatrice vicieuse, les paupières tiraillées sont en ectropion, il ne peut y avoir occlusion complète de la fente palpébrale, et il en résulte un

lagophthalmos dont les conséquences sont des plus fâcheuses pour l'état de la cornée.

Lorsque la tuméfaction siège au niveau du grand angle de l'orbite, principalement lorsqu'il y a ostéopériostite de la branche montante du maxillaire supérieur ou de l'os unguis, apparaît un nouveau symptôme en relation avec la présence des voies lacrymales. Si l'affection est limitée au voisinage du sac, les troubles fonctionnels sont peu apparents, il peut y avoir un peu de larmolement, mais les voies d'excrétion des larmes sont perméables à une injection poussée avec une certaine force par le point lacrymal inférieur ; ce n'est plus le cas, lorsque les parois elles-mêmes du canal nasal sont lésées, ce qui en amène l'imperméabilité la plus complète.

Les difficultés sont plus grandes lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une ostéopériostite des parois, car la symptomatologie de ces lésions est beaucoup plus compliquée.

Pourtant lorsqu'un malade se plaint de céphalées à type nocturne, siégeant au pourtour de l'orbite, que la pression réveille de la douleur en un point limité, s'il y a de la diplopie et une déviation du globe, un doigt, passé entre l'œil et le rebord orbitaire, arrive parfois à sentir à la base des parois une tumeur de consistance et de volume variables, selon qu'il y a simple hyperhémie du périoste ou une exostose ; cela permet un diagnostic qui est encore plus facile s'il y a abcédation et si une collection purulente vient soulever les téguments et se faire jour au travers des paupières. Dans ce dernier cas un stylet habilement dirigé trouve la paroi osseuse dénudée ou nécrosée.

Lorsque la tumeur siège au sommet de l'orbite, le premier symptôme qui apparaisse est encore la douleur : locale, elle peut s'irradier à la moitié correspondante de la tête ; nocturne, elle peut être constante avec exacerbation pendant la nuit. A ces douleurs spontanées viennent s'ajouter celles produites par la pression ou la percussion des bords de l'orbite, par les tentatives de réduction de l'exorbitisme lorsque celui-ci est apparu, et par les mouvements de l'œil, au point que le malade veut le moins possible son œil sain pour ne pas provoquer de nouvelles douleurs par les mouvements combinés.

D'après Galezowski, ces douleurs précèdent de quelques jours seulement l'apparition de l'exophtalmie et se dissipent complètement lorsque l'œil devient saillant. Cependant il est des cas où il n'y a douleur que longtemps après l'apparition de l'exophtalmie ; chez un de nos malades, (obs. XLVI) ce n'est que six mois après le début de l'affection qu'il commença à souffrir, n'ayant eu jusque-là qu'une gêne très supportable due à la limitation des mouvements et à la diplopie.

Ce malade à qui l'on fit une opération de Lagrange, six mois environ après le début de l'affection, afin d'explorer la cavité orbitaire, présentait au voisinage du sommet de l'orbite et du côté externe une petite masse du volume d'une amande, allongée dans le sens antéro-postérieur, et paraissant implantée dans la paroi osseuse, qu'on ne parvenait pas à mobiliser avec le doigt. Il y avait donc une exostose qui ne provoquait des douleurs que depuis un mois et demi alors que le malade avait

ressenti de la gêne et présenté de la diplopie pour la première fois, il y avait six mois.

Dans cette observation l'évolution de la maladie ne se conformerait donc pas au symptôme général énoncé par Demarquoy, d'après lequel, « le signe qui pourrait servir à distinguer une tumeur gommeuse intra-orbitaire d'une affection des parois de l'orbite, c'est que ces maladies syphilitiques des os et du périoste sont précédées ou accompagnées de douleurs ostéocopes caractéristiques, tandis que les tumeurs gommeuses se développent habituellement sans amener de souffrances ».

Chez un autre malade de Galezowski (Obs. XXV) les douleurs, précédant de quatre semaines l'apparition de l'exophtalmie et de la diplopie, étaient accompagnées de nausées et de vomissements ; ce devait être un fait particulier, car nous n'en avons pas trouvé d'analogue. Il est plus vraisemblable de croire que lorsque ces symptômes apparaissent ils sont dus au vertige diplopie. Mais nos observés n'ayant point présenté ces symptômes, nous n'avons pu nous rendre compte de leur origine, ce qu'il eût été facile de faire par l'occlusion de l'œil malade. D'ailleurs pourquoi ne les trouverait-on pas dans les ostéopériostites des bords orbitaires ? C'est ce qui semble prouver qu'ils sont dus non pas à l'infection générale, mais bien à la diplopie. Nos malades étaient dans un état de dépression assez compréhensible, mais aucun d'eux n'a eu des symptômes d'infection générale aussi accentués.

Les tumeurs ostéopériostées et gommeuses refoulant en avant les parties molles du fond de l'orbite et secon-

dairement le globe, produisent une exophtalmie latérale ou axile qui est facilement appréciable ; dans le premier cas, le globe repoussé en dedans ou en dehors, en haut ou en bas, implique la présence de la tumeur du côté opposé à la déviation. Au contraire, lorsque le globe est directement propulsé en avant, il s'agit plutôt d'une lésion siégeant au sommet de l'orbite au niveau de la fente sphénoïdale.

Celle-ci livrant passage aux nerfs moteurs de l'œil, il s'en suit une paralysie qui intéresse presque toujours à la fois le moteur oculaire commun, le pathétique et le moteur oculaire externe. L'œil n'étant plus animé que de mouvements très limités, il y a une diplopie dont les caractères ne sont pas aussi définis que lorsque l'inflammation bien localisée en un point des parois n'entraîne que la compression d'un seul muscle, d'où s'en suit une diplopie nettement homonyme ou croisée. Dans ce cas, ce symptôme joint alors à l'exophtalmie latérale, à la présence ou l'absence de ptosis, permet de diagnostiquer d'une façon à peu près précise le lieu d'implantation de la tumeur.

La compression des vaisseaux détermine une stase veineuse qui retentit sur les paupières et surtout sur la paupière supérieure, qui est œdémateuse et dont les vaisseaux sont légèrement dilatés.

Lorsque le trou optique est directement intéressé, le nerf est comprimé dès son entrée dans la cavité orbitaire, et bien qu'une ostéopériostite des parois puisse aboutir au même résultat, il est moins fréquent de voir se produire dans ce dernier cas une atrophie du nerf optique. Cette atrophie, annoncée par une diminution de l'acuité

visuelle, entraîne une décoloration de la papille visible à l'ophtalmoscope, et si la chronicité de l'affection est suffisante, aboutit à la cécité, avec abolition du réflexe photomoteur, en dehors de toute ophtalmoplégie interne, due à la paralysie de la troisième paire, ce qui se distingue par la conservation du réflexe consensuel.

Cette atrophie est ordinairement précédée de névrite optique, ou plutôt d'une stase papillaire de degrés divers, selon qu'il y ait simple hyperhémie avec des veines engorgées et tortueuses, ou qu'il y ait un gonflement considérable de la papille, une véritable papille de stase — *stauungspapille* des Allemands.

Le nerf optique peut même participer directement à l'inflammation et Uthoff a observé un cas de périostite du frontal qui avait entraîné une névrite rétro-bulbaire. Nous en avons aussi un cas (obs. XIV).

Enfin Demarquay parle d'un malade examiné par Ricord, chez lequel la maladie avait commencé par une amblyopie. « Soumis au traitement spécifique le malade guérit sans laisser de traces d'une maladie aussi grave. »

Lorsque la branche ophtalmique du trijumeau est atteinte par le processus morbide, il se produit, soit des douleurs vives, spontanées ou provoquées par la pression au niveau du point d'émergence du nerf sus-orbitaire, soit, au contraire, une anesthésie de la région du front, des paupières, de la racine du nez et de la cornée. « L'exostose, dit Alexander dans *Syphilis und Auge*, visible du bord orbitaire supérieur et s'étendant dans le fond de l'orbite, conduisait sûrement à des altérations pathologiques du trajet du rameau ophtalmique du trijumeau, altérations

qui s'étendaient alors jusqu'au ganglion de Gasser et de là causaient des altérations neuro-paralytiques de la cornée ».

Quelques années après Alexander, Blessig et Walter publiaient deux observations, relatées plus loin, où des gommes syphilitiques de l'orbite et de la base du crâne, reconnues à l'autopsie, avaient provoqué chaque fois une kératite neuro-paralytique. On peut voir enfin dans notre observation XLIX, qu'un zona ophtalmique coïncida et fut très probablement provoqué par une exostose orbitaire.

S'il s'agit d'une simple hyperplasie du tissu osseux, ostéite ossifiante (Spillmann), l'exostose ainsi formée peut se résorber et, disparaissant, amener la résolution des symptômes précédemment énumérés. Mais, si la nature spécifique de l'affection a été méconnue, ou si le traitement institué trop tard n'a pas eu une action aussi efficace, l'os peut subir une transformation gommeuse, et les tissus caséifiés, collectés d'abord sous le périoste, s'épanchent dans la cavité orbitaire produisant la symptomatologie classique du phlegmon de l'orbite.

Le globe fortement propulsé en avant est absolument immobile ; les plis de la peau et en particulier le pli oculo-palpébral disparaissent, le sillon orbito-palpébral se comble, et les paupières violacées, épaissies au niveau de leurs bords ciliaires, vont à la rencontre l'une de l'autre, entraînant parfois la disparition de la fente palpébrale, qui n'existe plus qu'à l'état d'un sillon limité par deux bourrelets arrondis et saillants ; la conjonctive est œdématisée et fait parfois hernie entre les deux paupières sous la forme d'un bourrelet chémotique plus ou moins volumineux.

Il est d'autres cas où tout ne se borne pas là ; s'il y a non seulement de l'ostéopériostite superficielle, mais des lésions plus profondes, celles-ci amènent la destruction complète des tissus et la perforation des parois, faisant communiquer ainsi la cavité orbitaire avec les cavités voisines. « Les espaces médullaires, dit Spillmann, s'agrandissent pendant que les travées osseuses se rapetissent ; la gomme, car la moelle a une structure gommeuse, creuse, érode, raréfie, use tant et si bien les lamelles osseuses, qu'elle peut les perforer ; l'os passe ainsi à l'état de crible rempli de moelle gommeuse. » Ces lésions ainsi constituées, si elles siègent sur la paroi supérieure de l'orbite, le pus fait irruption dans les fosses cérébrales amenant ainsi des complications mortelles ; il faut remarquer cependant que dans les différentes autopsies de malades morts dans le coma, on n'a pas toujours trouvé à la base du crâne des lésions méningées consécutives à une perforation des parois, mais de véritables gommes de la dure-mère qui évoluaient parallèlement aux lésions osseuses, sans qu'il y eût eu irruption de pus gommeux d'origine orbitaire.

Pour les autres parois les symptômes diffèrent. « Quand la lésion frappe la paroi interne de la cavité, le pus peut s'écouler dans les fosses nasales à travers les cellules ethmoïdales » (E. Berger). Si par suite de la destruction du tissu osseux, il existe une communication entre la cavité orbitaire et les cavités pneumatiques voisines, on peut observer de l'emphysème ; il survient de l'exophtalmie et en passant sur le globe on sent une crépitation due à la

présence de l'air dans l'orbite, tandis que l'exophtalmie augmente quand le malade éternue.

Enfin comme dernière complication peut se produire une thrombose de la veine ophtalmique, thrombose qui se propage au sinus caverneux.

Il est évident que par le fait de leur multiplicité, ces symptômes, qui en partie sont ceux de toutes les néoformations intra-orbitaires, ne peuvent se rencontrer en même temps chez le même sujet. Les plus constants sont l'exophtalmie et la déviation du globe, la diplopie, la douleur spontanée ou provoquée ; les autres n'apparaissent qu'à titre de complications et sont heureusement rares, on ne les trouve que dans les formes tout à fait aiguës et surtout non traitées.

Il faut distinguer, en effet, une forme chronique et une forme aiguë de l'ostéopériostite syphilitique ; non pas qu'il faille faire là une distinction mathématique, entre ces deux formes extrêmes, il y a place pour cent autres, l'évolution variant avec chaque individu selon ses antécédents, son tempérament et la façon dont il a été antérieurement soigné ; mais il est évident qu'à côté de lésions évoluant lentement, sans douleurs vives, mettant parfois des mois à disparaître, il en est d'autres qui revêtent une allure aiguë et évoluent en quelques jours avec des symptômes généraux et locaux très intenses. Cette forme se produisant surtout chez les individus qui sont à la période secondaire ou au début de la période tertiaire est pour cela plus rare que la forme chronique qui apparaît de longues années après l'infection syphilitique. Nous avons vu, en effet, que c'est à la période tertiaire

qu'apparaissent le plus fréquemment les lésions ostéopériostées ; c'est ce qui explique pourquoi parmi les quarante-neuf observations que nous avons rassemblées, il n'en est que quelques-unes où l'évolution fut franchement aiguë.

PRONOSTIC

Peut-on se baser sur les différents caractères des ostéopériostites de l'orbite pour pronostiquer leur durée et leur terminaison ?

Peut-on en juger, par exemple, d'après leurs caractères anatomiques ?

La plupart des histologistes ont distingué plusieurs formes de lésions osseuses syphilitiques. Pour Virchow, « on ne peut nier l'analogie qui existe entre l'exsudation des périostoses et celle qu'on rencontre dans les gommès du tissu cellulaire » Cornil distingue une ostéopériostite simple, une ostéopériostite raréfiante, et une ostéopériostite gommeuse. Tout récemment, Spillmann, dans *Syphilis osseuse*, décrit, à côté de l'ostéo-périostite « tuméfaction causée par un amas de petites cellules rondes entre l'os et la couche fibreuse du périoste », « la véritable syphilis osseuse, la lésion osseuse spécifique de la syphilis, la gomme qui siège partout, sous le périoste, dans l'os et dans le canal médullaire, d'où les périostites, et ostéomyélites gommeuses, lésions qui en général se confondent ».

Les lésions de la première catégorie, les ostéopériostites sont ordinairement nettement influencées par un trai-

tement bien dirigé, et se terminent par résolution, mais elles peuvent aussi continuer à évoluer, et à côté d'un processus destructeur amenant une légère perte de substance, « il y a un processus de réparation, spontané ou amené par les agents thérapeutiques, qui peut dépasser le but, hypertrophier, condenser la substance osseuse, et aboutir à la formation d'une exostose qui ne disparaîtra plus (Spillmann). (Obs. XLVII.)

La forme gommeuse, qui n'est qu'un stade plus avancé de la lésion, détruit davantage, aussi croyons-nous que le pronostic dépend surtout de la façon dont sera fait le traitement, et surtout de l'époque à laquelle il sera institué.

Il est évident qu'un malade, qui ne se fait soigner que lorsqu'il présente déjà une perte de substance osseuse des bords orbitaires, aura dans la suite une cicatrice déprimée plus ou moins profonde avec adhérences, au plan osseux; selon la position de ces adhérences, il y aura ou non rétraction des paupières amenant un ectropion et même une lagophthalmie dont les conséquences pourront être la nécrose de la cornée, si une intervention chirurgicale ne vient remettre les choses en état.

Lorsque, au contraire, on voit le sujet dès le début de son affection, alors qu'il y a un ensemble de symptômes peut-être alarmants pour lui, mais dus seulement à un simple épaissement du périoste, non accompagné de suppuration, les lésions qu'il présente disparaissent plus ou moins vite, mais disparaissent sans laisser de traces trop évidentes.

Le pronostic doit être plus réservé lorsqu'il s'agit de lésion intra-orbitaires ; les organes y sont, en effet, trop nombreux pour qu'il n'y en ait pas quelques-uns de lésés. Le nerf optique est un des plus souvent atteints, surtout lorsque l'affection siège au sommet de l'orbite ; si l'inflammation se propage à ses gaines, et de là aux fibres optiques elles-mêmes, apparaît le syndrome de la névrite rétro-bulbaire avec scotome central et conservation de la vision périphérique, phénomènes qui cèdent d'ailleurs au traitement ; mais, à une stase papillaire par compression, qu'on trouve dans presque toutes les observations, peut succéder une atrophie optique contre laquelle il n'y a plus rien à faire.

Nous avons vu plus haut que ces lésions peuvent aboutir à la perforation des parois orbitaires, et, ce qui est surtout grave, de la voûte orbitaire. Ce cas se présente, le plus souvent lorsque l'affection a été méconnue (obs. XXXVI), ou se rapporte à une syphilis particulièrement maligne⁶ contre laquelle le traitement mercuriel n'a pas eu d'action ; les conséquences en sont une méningite mortelle.

C'est cependant le traitement seul qui peut prévenir ces complications et empêcher la production de ces pertes de substance trop rapides et trop étendues, et, par suite, éviter des conséquences qui peuvent être mortelles, ou tout au moins gênantes pour le malade, soit au point de vue fonctionnel, soit tout simplement au point de vue plastique, si les lésions siègent au niveau des rebords orbitaires.

D'un autre côté l'apparition de ces lésions à une époque

plus ou moins éloignée de l'imprégnation syphilitique peut-elle être envisagée au point de vue pronostic ? Il est difficile d'avoir encore là-dessus une opinion bien arrêtée, et peut-être faut-il penser qu'il existe chez chaque individu une prédisposition particulière, qui fait que la médication spécifique est plus ou moins bien acceptée. D'après Bull, la syphilis héréditaire présente des lésions particulièrement graves et rebelles au traitement ; cependant ces manifestations ainsi que celles qui apparaissent à la seconde période de la syphilis acquise nous ont paru moins tenaces que celles de la période tertiaire qui se présentent dix, quinze ou vingt ans après l'accident primitif. Même lorsque les manifestations de la syphilis héréditaire se produisent à un âge avancé, (obs. V) le traitement paraît avoir une action très efficace.

En résumé on ne peut pas préciser, ni même annoncer d'une façon approximative la date où la guérison sera assurée, car la durée de l'affection varie de un mois à un an et même davantage ; l'on ne peut non plus, si les lésions sont déjà avancées, assurer la *restitutio ad integrum*, mais ce que l'on peut prévenir c'est l'apparition de complications trop graves, et cela en instituant dès le début un traitement énergique.

DIAGNOSTIC

Dans la *Revue de Chirurgie* (novembre 1903), Terrier et Morax écrivaient à propos du diagnostic des tumeurs orbitaires : « Le but de notre mémoire est de montrer par quelques faits les difficultés qu'on peut rencontrer dans l'établissement du diagnostic et de préciser les caractères cliniques des différents types de tumeurs orbitaires. »

«... Avant de penser à une tumeur il faut éliminer toute possibilité de lésions inflammatoires chroniques développées aux dépens du contenu orbitaire, des parois osseuses ou des cavités voisines, notamment des sinus. Parmi les inflammations chroniques susceptibles de se développer dans l'orbite, on devra penser en premier lieu à celles que peut produire la syphilis. »

Telle est la question qui nous intéresse ; en retournant la phrase de V. Morax, nous éliminerons d'abord les néoformations orbitaires, tumeurs conjonctives ou osseuses, vasculaires ou kystes parasitaires, nous basant pour cela sur l'évolution de la maladie et sur les symptômes particuliers qu'elle peut présenter.

Avant toute autre chose, il faut faire un examen des sinus. Les affections d'origine sinusiennes peuvent simuler une tumeur ayant son point de départ dans l'orbite. Si,

par exemple, une tumeur quelconque siège primitivement dans le sinus sphénoïdal, et, se propageant dans la cavité orbitaire, produit l'exophtalmie, il faut savoir, par un examen approprié diagnostiquer le lieu d'origine de la tumeur. C'est l'affaire du spécialiste, qui nous met alors sur la voie et nous indique non seulement le point de départ sinusien, mais encore, si cela est possible, la nature de l'affection. C'est ainsi qu'on éliminera les mucocèles, puis les ostéomes, les sarcomes et les épithéliomas. Les tumeurs conjonctives, qui peuvent prendre naissance dans l'orbite même, se font remarquer par leur indolence, par une exophtalmie irréductible et à évolution lente, et par le volume énorme qu'elles peuvent atteindre en quelques mois.

Les tumeurs du nerf optique sont rares, et si l'on en croit de Wecker, un ophtalmologiste ayant une pratique étendue peut ne pas en rencontrer dans sa carrière ; en tout cas, il faut se rappeler qu'on les trouve surtout chez les enfants. S'il s'agit d'un gliome rétinien propagé au nerf lui-même, l'examen ophtalmoscopique et même l'aspect seul de la pupille dit œil de chat amaurotique suffit à fixer le diagnostic.

Les tumeurs vasculaires ont des caractères très particuliers : réductibilité de l'exophtalmie, bruits anormaux, pulsations qui permettent de les éliminer de prime abord. Quant aux kystes parasitaires s'ils sont accessibles, le diagnostic se fera à l'aide de la seringue de Pravaz.

La radiographie ne peut pas être d'un secours très utile pour différencier une formation osseuse d'une tumeur de consistance molle ; en effet, il faut que la région à exa-

miner soit appliquée directement sur la plaque pour que les détails en soient nets, il s'en suit que l'autre moitié de la face, qui impressionne aussi la plaque, donne, à cause de l'éloignement, des choses très floues au milieu desquelles il est impossible de distinguer un détail précis.

Mais il est d'autres affections dont la symptomatologie a beaucoup plus de ressemblances avec celle de l'ostéopériostite syphilitique des parois de l'orbite.

La thrombose du sinus caverneux, par exemple, produit de l'œdème de la conjonctive et des paupières, de l'exophtalmie et de l'immobilité du globe ; mais, si l'inflammation se propage du sinus caverneux au sinus transverse, apparaît un symptôme particulier, car, par l'intermédiaire d'une veine émissaire de Santorini, se produit un œdème de la région mastoïdienne, qui n'existe jamais en cas de lésions simples des parois orbitaires. Comme l'ostéopériostite de ces parois se termine souvent par un phlegmon orbitaire, et parfois par une thrombo-phlébite des sinus, il faut rechercher quelle est la cause de ces deux inflammations ; s'il n'y a pas d'infection générale : pyémie, érysipèle ou scarlatine, etc., susceptible de produire des métastases, et si l'absence de traumatisme exclut l'idée de germes infectieux déposés dans l'orbite par un agent vulnérant, il ne restera plus que l'hypothèse d'une lésion pariétale primitive.

Une gomme de la capsule de Tenon peut en imposer pour une gomme des parois. Galezowski a vu un cas où il y avait une tumeur formant bourrelet autour du globe sur les deux tiers de son pourtour ; elle était mobile avec le globe et non adhérente à l'os ; absolument indolore,

ce caractère était pour lui distinctif des lésions osseuses.

Nous avons vu chez un jeune homme de vingt ans, une ténionite suppurée, ayant débuté par un œdème des paupières, chémosis, exophtalmie et diplopie, douleurs violentes, et chez lequel le pus fit irruption sous la conjonctive six jours après l'hospitalisation du malade, une douzaine de jours après le début de l'affection ; l'examen microscopique et des cultures montrèrent qu'il s'agissait de pus à staphylocoques ; l'aspect clinique était celui d'une ostéopériostite syphilitique aiguë. Le sang examiné avait une formule d'infection.

Mais la question ne siège pas seulement là, et si l'on a fait un diagnostic d'ostéopériostite, faut-il savoir quelle en est la nature ?

Les ostéopériostites aiguës, qu'elles frappent les parois ou les bords orbitaires, succèdent à un traumatisme, surtout à une plaie pénétrante, et atteignent de préférence les enfants, où le développement du squelette entraîne un état de moindre résistance. D'ailleurs étant donné la marche ordinairement chronique de l'ostéopériostite syphilitique on n'envisagera pas sa probabilité en présence de symptômes aigus : frissons, élévation de température, vomissements ou nausées ; mais, cependant, comme il y a des lésions spécifiques qui évoluent rapidement et à grand fracas, il faudra malgré tout y penser ; dans ce cas, s'il existe une collection liquide, une ponction amènera un pus épais et bien lié, contenant des staphylocoques, ou un pus filant, visqueux et granuleux caractéristique des gomes.

Quant à la périostite tuberculeuse elle est habituellement indolore et évolue beaucoup plus lentement que l'ostéopériostite syphilitique. Contrairement à cette dernière, qu'on trouve un peu partout, elle frappe presque toujours le rebord inférieur de l'orbite au niveau de l'os malaire. Si elle est douloureuse cette douleur disparaît la nuit, ce qui la différencie nettement des douleurs ostéocopes ; d'ailleurs on trouve souvent de la tuberculose chez les ascendants et, chez le malade, des lésions soit ganglionnaires ou articulaires, soit pulmonaires qui mettent sur la voie du diagnostic.

Là encore les épreuves de laboratoire sont très utiles sinon indispensables, et si l'examen microscopique du pus ne décèle pas du bacille de Koch, une inoculation au cobaye, si elle est positive, permet d'affirmer avec certitude la nature tuberculeuse de l'affection.

L'actinomycose est une rareté, W. B. Ranson (1) en a observé un fait que nous rapportons tel que Morax l'a résumé : « Il y eut d'abord un léger ptosis et une limitation des mouvements du globe oculaire sans troubles du côté du fond de l'œil ; puis apparurent des douleurs mal définies dans la tempe et l'œil droit et enfin l'exophtalmie. Six mois plus tard une fistule se produisit au niveau de la commissure interne donnant lieu à une évacuation de pus à actinomyces typiques... Dans les cas de cette nature, c'est uniquement l'examen microscopique du pus, qui rend la détermination de l'étiologie possible. »

1. W. B. Ranson. *Brit. med. Journal*, juin 1896.

On voit par cet exposé que la question est des plus difficiles à résoudre, ainsi faut-il faire un examen minutieux du malade afin de voir s'il ne présente pas de cicatrices anciennes, ou des lésions concomitantes du tibia, de la clavicule ou du sternum, qui sont très souvent atteints ; des synéchies postérieures indiqueront la présence d'une iritis et l'examen du fond de l'œil montrera l'état pathologique des membranes ou leur intégrité.

L'on cherchera des lésions de la crête du tibia, des rhagades peribuccales, une kératite interstitielle ancienne ou une surdité précoce, indices d'une syphilis héréditaire, cependant que l'interrogatoire portera sur les antécédents du malade, ceux de ses parents, ceux de ses enfants, car l'hydramnios, les fausses couches et les accouchements prématurés sont l'apanage presque exclusif de la syphilis.

Cet examen complémentaire est toujours nécessaire, car non seulement il confirme souvent le diagnostic, mais encore il dépiste parfois une syphilis ignorée, ce qui n'est pas rare, surtout chez la femme dont la vulve et la cavité vaginale, peu accessibles aux regards, cachent des accidents qui peuvent disparaître spontanément, car la syphilis est souvent bénigne à ses débuts ; il dépiste une syphilis cachée à dessein, car cette affection est malheureusement considérée par beaucoup comme une maladie honteuse, et bien des gens se croient obligés de la cacher, comme s'ils avaient commis un crime, le jour où ils en furent atteints.

Mais lorsqu'il n'y a rien en faveur de la syphilis, lorsqu'on n'a trouvé aucun antécédent, malgré l'examen le

plus minutieux, lorsque la femme du malade ou la malade elle-même n'a pas eu d'avortements spontanés, lorsqu'il n'y a eu ni céphalées tenaces, ni pertes de cheveux aussitôt repoussés lorsqu'il n'y a eu ni maux de gorge ni éruption sur le corps, il faut mettre en pratique le vieil adage : *Naturam morborum curationes demonstrant*, et s'en remettre au traitement pour trancher la question. Lorsque, au bout de quelques jours, les douleurs et les autres symptômes cèdent à l'action du mercure, le doute n'est plus permis.

TRAITEMENT

Lorsque le diagnostic est posé, il est de toute nécessité d'instituer dans le plus bref délai un traitement antisyphilitique.

Il doit tout d'abord être général. Le mercure pris à l'intérieur étant absolument insuffisant, c'est sous la forme de piqûres qu'il sera employé ; s'il est possible de suivre le malade de très près, de le surveiller quotidiennement, c'est aux injections de sels solubles que l'on aura recours. Le benzoate de mercure, le biiodure, à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 04 tous les jours ou tous les deux jours suffiront le plus souvent, mais combien de malades ne peuvent s'astreindre à ce traitement, à cause de leurs affaires quotidiennes ou à un point de vue pécuniaire, aussi vaut-il mieux employer dans ce cas les injections de sels insolubles (calomel : 0 gr. 05 à 0 gr. 10) hebdomadaires, ou de mercure métallique sous forme d'huile grise à 40 0/0. C'est à cette dernière que nous donnons la préférence, l'ayant employée et ayant obtenu des résultats satisfaisants. Les injections intra-musculaires, faites aseptiquement, ne sont pas douloureuses, si l'on prend soin d'appuyer fortement sur la peau lorsqu'on retire l'aiguille, de façon qu'il n'y ait pas de gouttelettes qui s'échappent sur le trajet dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces injections seront faites

par série de quatre ou de six, et on pourra y joindre l'iode de potassium ou prescrire celui-ci pendant les repos qui séparent les séries de piqûres, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, et même davantage.

Afin de hâter leur résolution, il faudra recouvrir les tuméfactions osseuses d'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, et s'il s'agit de la forme gommeuse avec ouverture au dehors, l'emplâtre sera remplacée par un pansement aseptique et des lavages avec une solution de sublimé à 1/4000 ou de cyanure de mercure à 1/3000.

Il est des cas où des injections mercurielles locales peuvent contribuer fortement à amener une guérison rapide. Nous ne les avons pas employées pour des lésions orbitaires, mais chez une de nos malades qui, guérie d'une ostéopériostite gommeuse du frontal, présentait des gommes ulcérées de la région du coude gauche. Après avoir fait une fois, puis deux fois par semaine des séries de six injections d'huile grise, devant leur inefficacité, nous nous décidâmes à employer localement la solution isotonique suivante :

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 10
Chlorure de sodium pur.....	0 gr. 30
Eau distillée.....	50 cmc.

Les lésions s'améliorèrent rapidement, mais ce qui montre bien la valeur de ce traitement, c'est qu'une autre gomme profonde de l'avant-bras droit, et une seconde symétrique de l'avant-bras gauche, qui malgré le traitement général avaient déjà acquis le volume d'un gros œuf de pigeon, étaient douloureuses et donnaient cette sensation

de rénitence qui approche de la fluctuation, rétrocedèrent sans s'ouvrir au dehors, après dix injections profondes de cette solution, à la dose de 1 centimètre cube tous les trois jours.

Il est regrettable qu'on n'ait pas pensé plus tôt à employer cette méthode pour les lésions osseuses gommeuses de l'orbite, car on aurait pu éviter peut-être des destructions trop grandes de tissus et par conséquent des cicatrices vicieuses ou simplement disgracieuses.

Enfin lorsqu'il y a une collection purulente rétrobulbaire l'avis de tous les auteurs est qu'il faut l'évacuer et laisser un drain qui fasse communiquer la cavité orbitaire avec le pansement ; au besoin, comme le fit Bull, une intervention est nécessaire pour retirer un séquestre qui n'a d'autre rôle qu'entretenir la suppuration.

Le traitement symptomatique est peu compliqué : si les douleurs sont très violentes le pyramidon, l'antipyrine, l'aspirine, et même la morphine seront employés pour les calmer ; enfin si un malade est gêné par de la diplopie, on remédiera à cet inconvénient en plaçant devant l'œil dévié un bandeau flottant ou un verre dépoli.

En résumé c'est au traitement mixte qu'on aura recours dans les cas graves, mais, le plus souvent, le mercure seul suffira à donner des résultats satisfaisants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Sichel)

M. K..., loueur de voitures, se présente à la clinique le 2 juin 1836. Agé de quarante ans, constitution robuste et tempérament sanguin. Syphilis en 1814 ; suit un traitement mercuriel pendant trois ans.

Il y a dix-huit mois, coup de pied de cheval sur la face ; il y a deux mois coup de poing sur l'œil gauche ; érysipèle occupant principalement la partie gauche de la face, il y a six semaines. Dix jours après la guérison de cette affection apparaît une tumeur petite, indolore, située sous la portion externe de l'arc orbitaire supérieur du côté gauche, et pouvant être perçue avec facilité quand on soulève la paupière. Son volume augmente de jour en jour.

Le 2 juin, K... nous présente l'état suivant : Derrière la paupière supérieure de l'œil gauche existe une tumeur qui siège sous l'arc supérieur de la circonférence de l'orbite. Elle commence à peu près à la réunion du tiers interne de cet arc avec le tiers moyen, et s'étend au dehors jusqu'auprès du petit angle de l'œil. Elle a le volume d'une noix, est immobile, assez dure,

douée d'une certaine élasticité, et se continue avec le rebord orbitaire. La peau palpébrale qui correspond à la tumeur est rouge, distendue, mais n'est point infiltrée. En dehors, par suite de la pression et de la tension que la tumeur exerce sur la paupière supérieure, les bords palpébraux libres sont très rapprochés ; quoique contigus, ils le sont beaucoup moins en dedans. L'œil exécute normalement des mouvements en dedans et en bas, mais en haut ces mouvements sont inexécutables et en dehors ils sont gênés. La tumeur n'est point visible dans l'orbite, car il est impossible de soulever la paupière supérieure.

La pression sur la partie malade ne détermine de douleurs que lorsqu'elle est exécutée avec force, mais il y a quelques douleurs du côté de la tempe qui correspond au mal. Le globe oculaire est légèrement déprimé, il n'y a point d'exophtalmie ni de larmoiement. La vue n'est nullement altérée. La santé générale est fort bonne.

Sichel diagnostique une carie de la paroi supérieure de l'orbite, et le 8 juin fait une ponction de la tumeur. Il s'écoule un pus peu abondant, sanieux et fétide.

Traitement : drainage de la plaie avec une mèche, frictions mercurielles dans le voisinage de l'orbite et sublimé à l'intérieur.

La cicatrisation marcha franchement vers la guérison, la tumeur s'affaissa et disparut. La cicatrice très petite devint adhérente à l'os et légèrement déprimée sans nuire en rien à la mobilité de la paupière. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

OBSERVATION II

(Sichel)

M^{me} Catherine B..., quarante ans, vient à ma clinique le 1^{er} février 1839. Il y a à la partie antérieure de la paroi supérieure de l'orbite droite une véritable tumeur gommeuse, légèrement fluctuante à son sommet et qui occupe presque toute la largeur de l'orbite. La peau est un peu rouge ; au milieu du front, au-dessus de la racine du nez, la peau est rouge, reluisante, élastique, un peu soulevée, à ce qu'il paraît, par un décollement du périoste dans la hauteur de plus de deux pouces et dans la largeur de presque un pouce : la tumeur du front me semble être assez douloureuse, celle de l'orbite l'est moins. Cette tumeur plate présente une fluctuation assez manifeste. Une odeur d'ozène assez prononcée attire mon attention les que la malade s'approche ; cette maladie existe en effet. Il y a près du coude gauche, ainsi que sur le côté gauche du cou près l'angle de la mâchoire, des ulcérations fistuleuses ; je déclarai à la clinique que nous étions en présence d'une périostite syphilitique. La malade ne se rappelle pas avoir subi d'infection primitive, mais elle a eu, il y a trois ans, une éruption boutonneuse, contre laquelle un médecin a prescrit un traitement antisiphilitique, qu'elle n'a pas suivi, parce que l'affection s'est amendée spontanément.

Après avoir suivi un traitement antisiphilitique à l'hôpital Saint-Louis, elle sort guérie. La périostose a disparu, le périoste du front est recollé, mais l'étendue de l'ancien décollement est marquée par une tache blanche encore gonflée.

OBSERVATION III

(Fano)

Le nommé R..., âgé de cinquante-quatre ans, logeur, ayant eu autrefois des accidents vénériens, consulte le 16 juillet 1860. Il y avait à la partie interne de l'arcade sourcilière droite une tumeur du volume d'une petite noisette, bien circonscrite, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, peu douloureuse à la pression. Le malade ne présentait aucune tumeur semblable, sur d'autres points du squelette. En raison des antécédents, on prescrit une solution d'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes par jour. La semaine suivante la peau qui recouvre la tumeur est rouge, amincie ; une ponction avec une lancette en fait sortir un pus de bonne nature, et un stylet, introduit dans le trajet, permet de reconnaître une dénudation de la portion correspondante de l'arcade sourcilière. Je recommande de maintenir l'ouverture béante, par l'introduction journalière de quelques brins de charpie. Le malade, d'une pusillanimité rare, n'y veut pas consentir. La plaie se referme bientôt, et pendant plusieurs mois R... revient de temps en temps, alors qu'une petite quantité de pus soulève la peau. On se contente d'une ponction et chaque fois on reconnaît une nécrose de l'os subjacent. Bientôt le malade cesse de venir ; il se représente à la clinique un an après ; il existe toujours un trajet fistuleux dans la même région, et le stylet rencontre, à l'extrémité de ce trajet une petite portion d'os dénudé. Le malade se refuse à une intervention.

OBSERVATION IV

(In Fano)

Une femme de trente-huit ans vient consulter le D^r J. Hamilton, le 4 janvier 1838, pour une tuméfaction considérable de la région orbitaire gauche ; les paupières sont œdémateuses, d'un rouge pâle ; le globe est fortement refoulé en avant et en dehors ; la cornée est saine, la vision du même côté abolie. Il existe une vive sensibilité au niveau du bord de l'orbite et sur l'os frontal, un œdème de la joue et de l'aile du nez. La malade avait eu trois ans auparavant des accidents syphilitiques. On combat la phlegmasie de l'orbite par le mercure, l'iodure de potassium, des vésicatoires à la tempe ; il y eut de l'amélioration. Un mois après, à la suite de l'impression du froid, le gonflement devint plus intense, la tumeur douloureuse, rouge et fluctuante. Enfin elle s'ouvre et donne issue à de la matière sanieuse. Le médecin perd sa malade de vue, mais le 3 août, il est rappelé auprès d'elle. Il la trouve dans un état à demi léthargique, ne répondant que d'une manière imparfaite aux questions qu'on lui adresse. Le pouls est lent ; la patiente accuse des douleurs au-dessus de l'orbite, bientôt elle tombe dans le coma et succombe quelques jours après. A l'autopsie, on trouve une congestion médiocre du cerveau ; la voûte de l'orbite gauche est rugueuse, ramollie, cariée. La dure-mère et l'arachnoïde dans les points correspondants sont fortement épaissies.

OBSERVATION V

(Antonelli)

Une femme trente-neuf ans vint consulter le D^r Antonelli le 7 mai 1900 pour un larmolement de l'œil gauche, ainsi qu'une petite tumeur de l'angle interne de cet œil. Dans cette région, la commissure palpébrale paraissait légèrement soulevée par une sorte d'ectasie du sac lacrymal, ayant le volume d'un tout petit pois, molle au toucher, s'affaissant, mais ne se vidant pas sous la pression du doigt. Le cathétérisme se faisant sans difficulté, on pensa à une cellulite orbitaire rétro-lacrymale ; mais après une incision entre la caroncule et la commissure interne, et l'écoulement d'une toute petite quantité de pus, une sonde métallique laissa percevoir la partie antérieure de la laine papyracée de l'ethmoïde dénudée du périoste sur une assez vaste étendue.

Il n'y a pas de syphilis acquise chez la malade ; son mari bien portant n'a pas d'antécédents spécifiques. Ses parents à elle sont morts. Sa mère eut cinq grossesses : 1^o notre malade ; 2^o un frère de trente-deux ans (pas examiné) ; 3^o un frère de vingt-huit ans (pas examiné) ; 4^o un enfant mort à quinze jours ; 5^o une grossesse double, les deux jumeaux morts à quinze jours.

La malade elle-même a eu six grossesses : 1^o deux jumeaux, morts le premier à sept semaines, le second à quatre mois ; 2^o une fausse-couche de quatre mois ; 3^o un enfant mort à cinq mois ; 4^o un enfant vivant, aujourd'hui âgé de sept ans (non examiné) ; 5^o un enfant vivant, âgé de cinq ans (non examiné) ; 6^o deux jumeaux, morts le premier à quatre mois, le second à cinq mois.

Cette polymortalité de la progéniture, une asymétrie faciale assez prononcée, une friabilité oculaire exagérée, des traces d'ancienne otite, auxquels viennent se joindre des signes ophtalmoscopiques de syphilis héréditaire (dystrophie pigmentaire diffuse de la choroïdite et pigmentations du disque optique), l'absence enfin de lésions sinusiennes après un examen très approfondi du Dr Didsbury, inclinent le Dr Antonelli à penser à une ostéopériostite hérédo-syphilitique. Il institua un traitement énergique : injection d'huile biiodurée et iodure de postassium par la voie gastrique.

Le trajet fistuleux se cicatrisa assez rapidement ; en même temps la malade fut complètement soulagée des maux de tête et des étourdissements qui la tourmentaient, et elle éprouva une amélioration remarquable de son état général.

M. Dr Antonelli fait remarquer l'intérêt qui existe dans l'apparition si tardive d'une localisation isolée de syphilis héréditaire, manifestation de périostite orbitaire déjà rare en elle-même.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Morax)

Le 1^{er} mars 1905 M^{me} R... amène sa fillette âgée de deux ans et demi à la consultation ophtalmologique de Lariboisière. La mère est âgée de vingt-huit ans et a eu cinq grossesses :

- 1^o Garçon âgé de neuf ans, bien portant ;
- 2^o Garçon de six ans, bien portant ;
- 3^o Fille morte d'accident à dix mois ;
- 4^o Notre malade ;

5° Accouchement prématuré, enfant de six mois qui a vécu cinq jours.

Cet accouchement a été fait à Lariboisière en août 1904, pas d'albumine ni aucun trouble spécial ; aucun traitement spécifique. M^{me} R... présente actuellement quelques ganglions cervicaux et sur le pilier antérieur droit deux petites érosions à surface opaline, à contours circinés et rouges, ressemblant fort à des plaques muqueuses. Le ganglion sous-maxillaire droit est plus développé qu'à gauche. Collerette avec taches achromiques et hyperchromiques faisant le tour du cou, mais plus accusée sur les faces postérieure et latérale ; il y a deux mois qu'elle s'est aperçue de ce changement de teinte de la peau.

L'enfant qu'elle nous amène est âgée de deux ans et demi, née à terme, a été nourrie au sein de la mère, et a commencé à marcher à quinze mois. Elle est seule avec sa mère, les autres enfants sont à la campagne chez leurs grands-parents.

Il y a trois semaines est apparue une éruption roséolique disséminée, et c'est il y a six jours qu'on s'est aperçu de la présence d'une grosseur occupant le grand angle de l'œil droit. Actuellement, placards impétigineux du nez, des lèvres et du menton ; sur les amygdales, plaques muqueuses très nettes, pas de lésion de la vulve ni de l'anus. Pas de chute de cheveux ; adénopathie généralisée.

Au niveau du tiers interne de la paupière supérieure droite existe une saillie du volume d'une noisette, mobile sur le plan osseux sur lequel elle repose par une assez large surface ; la paupière supérieure est très vascularisée et abaissée masquant la moitié de la pupille ; l'œil est parfaitement mobile. L'enfant ne se plaint d'aucune douleur.

On fait une piqûre d'huile grise et l'on continue le traitement par du sirop de Gibert.

16 mars. — Légère chute de cheveux ; l'état de l'éruption cutanée est le même, ainsi que celui de la tumeur.

22 mars. — Le sirop de Gibert étant mal supporté on le remplace par des frictions mercurielles.

27 mars. — Malgré le traitement la tumeur a augmenté de volume, la peau qui la recouvre est amincie et rouge. Ecoulement nasal, muco-purulent.

30 mars. — On retire avec la seringue de Pravaz un pus filant, dont l'examen microscopique (coloration : Pick et Jacobson) montre des débris informes de cellules dégénérées, colorées en rose par la fuchsine ; sur ce fond quelques lymphocytes bleu foncé et quelques hématies.

10 avril. — L'enfant s'étant heurté la région malade à un coin de table, le gonflement a augmenté. On fait une piqûre de calomel : 0 gr. 01.

17 avril. — Quintes de toux fréquentes, surtout la nuit. Amygdales volumineuses. Nouvelle piqûre de calomel.

8 mai. — La paupière supérieure est moins gonflée. Il persiste encore dans l'angle interne un noyau induré et adhérent aux plans profonds.

L'écoulement nasal est tari, la toux persiste ; on remplace le calomel par des frictions.

29 mai. — La paupière est encore légèrement vascularisée, et présente une croûte au niveau de l'ancienne lésion gommeuse ; on sent à ce même niveau une adhérence des téguments au plan osseux. Nouvelle injection de calomel : 0 gr. 02.

3 juillet. — Les injections de calomel ont été faites réguliè-

rement à 0 gr. 02 et 0 gr. 03. Il y a encore un peu de gonflement, et une petite ulcération par où s'échappe continuellement un peu de pus qui forme croûte en se desséchant.

17 juillet. — La moitié interne de la paupière n'est plus saillante ; elle est recouverte d'une croûte brunâtre, mais la suppuration a diminué ; la moitié temporale de la paupière est œdématisée. La fente palpébrale est égale aux deux tiers de la gauche. Injection de calomel : 0 gr. 05.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Morax),

B... Marguerite, ving-sept ans, consulte le 7 décembre 1905. dans le service ophtalmologique de Lariboisière.

Depuis trois semaines, la paupière supérieure droite s'est tuméfiée progressivement sans douleurs, ni fièvre.

On trouve actuellement, au-dessous du sourcil droit une tuméfaction violacée, du volume d'une noix, régulièrement limitée en haut par la ligne du sourcil, finissant insensiblement en bas dans la paupière, et ne dépassant pas de chaque côté la base orbitaire ; la paupière inférieure et la joue sont également tuméfiées, mais la peau en est normale.

Cette masse est peu mobile sur le rebord orbitaire qui paraît épaissi ; elle est fluctuante à sa partie inférieure et rénitente en haut. Au niveau de la suture fronto-malaire, on trouve un point douloureux à la pression.

La racine du nez est partiellement effondrée ; à l'examen rhinoscopique, on aperçoit un syphilome de la cloison qui est déviée à gauche.

Syphilome du pilier postérieur gauche du voile du palais.

Traitement ; piqûres de calomel.

M^{me} B... n'a plus son père qui est mort d'accident ; sa mère, âgée de soixante-deux ans, a eu douze grossesses, toutes à terme, sept enfants sont morts à des âges différents, mais elle ne peut nous donner de détails précis ; trois garçons et une fille sont bien portants.

Quant à notre malade, elle n'a eu qu'une grossesse à terme, son enfant est mort à six ans, d'un abcès à la gorge. Elle n'a jamais eu d'éruption, ni de maux de tête, ni de pertes de cheveux ; on trouve seulement un mal de gorge violent qui a duré de février à septembre 1905, sans aucune interruption.

Au point de vue oculaire, on trouve : à dix-neuf ans, catarrhe bilatéral, qui a disparu après quinze jours.

En 1905, douleurs périorbitaires très vives à droite, puis à gauche ; la vue baisse, on fait à Lariboisière des piqûres de cyanure d'Hg, et des instillations d'atropine. Ce traitement est suivi d'avril à septembre 1905, époque à laquelle la guérison fut totale.

Le 15 décembre 1905, la malade a eu deux piqûres de calomel.

L'abcès s'est ouvert il y a trois jours, donnant issue à du pus jaunâtre et mal lié. Au niveau de l'angle supéro-externe de la base orbitaire, il y a un orifice circulaire, nettement découpé, à fond bourbillonneux, et d'où ne sort que très peu de liquide. L'exploration du rebord orbitaire montre celui-ci hypertrophié en haut et au dehors, et douloureux à la pression.

La paupière recouvre partiellement le globe dont les mouvements sont intacts.

Les pupilles sont un peu irrégulières.

Chaigneau

OD V = 11 opts.

OG V = 11 opts.

Nous avons écrit à cette malade pour la revoir, mais nous n'avons pas eu de réponse.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Morax)

M^{me} Françoise V..., vingt-huit ans, est la neuvième d'une famille de dix enfants, tous nés à terme ; trois des frères sont morts en bas-âge.

Elle a eu une première grossesse à vingt-deux ans ; son enfant, né à terme, est mort à quatre mois de méningite. Après cette mort, elle a nourri un enfant étranger pendant huit mois. Durant ce laps de temps elle a une abondante chute de cheveux. Elle nourrit ensuite un deuxième enfant, âgé de huit mois, qui avait de la gourme et de l'adénopathie cervicale, puis elle perd son lait. Elle n'a jamais remarqué de lésion du sein ni d'ailleurs, mais elle a eu une adénopathie généralisée et a été soignée pour un mal de gorge par un médecin qui a fait des cautérisations. Depuis cette époque elle n'a jamais été bien portante.

Dans les premiers jours de décembre 1905, elle a remarqué que la paupière supérieure droite était enflée, cet œdème a disparu sans traitement ; le 16 décembre 1905, elle fait une fausse couche de trois mois. A cette époque elle maigrit beaucoup, a des sueurs nocturnes, mais ne tousse pas.

Au début de février 1906, elle ressent autour de l'orbite

droite des douleurs continuelles avec exacerbations nocturnes, empêchant le sommeil.

Elle vient consulter le 26 février 1906, à Lariboisière, pour un œdème de la paupière supérieure droite, dont la peau forme un bourrelet qui cache le bord libre ; cet œdème empiète sur la région sourcilière externe, ainsi que sur le front, la tempe et la joue. On provoque avec le doigt une douleur assez vive au niveau du tiers externe et du tiers moyen de l'arcade sourcilière et l'on perçoit à ce niveau une légère saillie. Le bord inférieur de l'orbite et le point d'émergence du sus-orbitaire ne sont pas douloureux.

On prescrit à la malade un traitement mercuriel.

Le 26 mars 1906, elle a eu quatre injections d'huile grise : les douleurs spontanées ont disparu depuis huit jours, l'œdème palpébral a diminué et l'on ne sent plus de voussure osseuse ; la douleur à la pression persiste, mais légère.

Nous n'avons pu revoir cette malade.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Morax)

P... Jean, cultivateur, soixante ans, vint consulter dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière, le 15 mars 1904.

Ses parents sont morts jeunes, le père à quarante-huit ans, arthritique, la mère à trente-sept ans, d'affection indéterminée. Elle eut sept grossesses :

- 1° Une fille morte à trente ans, folle ;
- 2° Notre malade ;
- 3° Une fille ;

4° Un garçon ;

Ces deux derniers autrefois bien portants ont été perdus de vue depuis quelques années.

5° Un garçon, bien portant ;

6° Deux jumeaux, morts à quelques mois ;

7° Une fille, morte à quelques mois.

Jusqu'à l'âge de dix-huit ans, P... fut chétif et souvent malade. Il se maria, mais vit séparé de sa femme depuis 1887. Il en eut trois enfants : l'aînée est morte tuberculeuse à dix-neuf ans ; les deux autres ont suivi leur mère et il ne les pas vus depuis.

En 1880, il eut la variole ; il séjourna à Buénos-Ayres en 1888 et 1889, et en rapporta des rhumatismes dont il a toujours souffert depuis ; il fut opéré à Lariboisière, en 1890, d'un kyste téno-synovial du poignet droit ; en 1897, pneumonie double ; en 1900, fut soigné à Lariboisière pour une affection fébrile (on le roulait dans des draps mouillés) ; en 1901, anthrax ; en 1903, fit un séjour d'un mois à la Charité pour une affection gastrique.

Pas de syphilis reconnue ; mais, il y a dix-huit ans, il eut de la diplopie, et la vue baissa de l'œil droit ; la diplopie a disparu après un mois de traitement par l'iodure de potassium, mais la vue, œil droit, resta défectueuse.

Il y a deux ans larmoiement bilatéral, ayant duré deux mois et soigné à l'aide d'injections « sous-cutanées », et de frictions aux tempes avec « un sirop jaune ».

Actuellement, ce malade présente une exostose du pourtour orbitaire, dont il ne soupçonnait pas la présence il y a deux jours. C'est depuis hier seulement qu'elle a augmenté de volume et qu'elle est un peu douloureuse à la pression.

Il présente avec cela les symptômes du tabes : les réflexes pupillaires sont abolis ; il y a de l'anisocorie, avec pupille plus large à l'œil gauche. L'œil droit n'a qu'une perception lumineuse très vague ; l'œil gauche compte les doigts à 1 m. 50. Le champ visuel est rétréci concentriquement, œil gauche, la perception de l'index se faisant entre 20 et 30 degrés.

Il y a une atrophie papillaire bilatérale.

Les réflexes rotuliens sont abolis, mais le signe de Romberg n'est pas très net.

Le malade a des douleurs « en coup de lance » dans les membres inférieurs, et des zones d'anesthésie, en particulier à la partie externe de la cuisse gauche. Il eut, il y a quelques mois, de l'incontinence nocturne d'urine.

OBSERVATION X (Inédite)

(Morax)

T... Maria vient consulter à Lariboisière pour une tuméfaction siégeant au niveau de l'angle externe de l'œil droit, et datant de février 1907.

Son père est mort à trente-neuf ans de bronchite chronique.

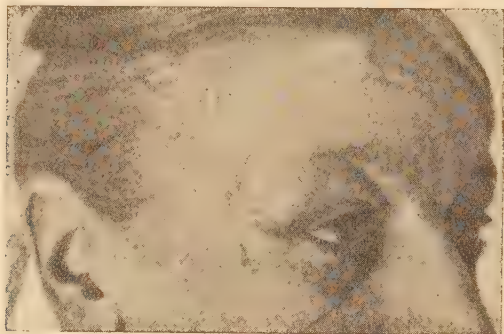
Sa mère vivante et bien portante a eu cinq grossesses :

- 1° Mort à huit mois ;
- 2° Mort à trois ans, mal de Pott ;
- 3° Bien portant ;
- 4° Notre malade ;
- 5° Bien portant.

Notre malade a eu une fausse-couche il y a dix ans au début

de son mariage. Elle tousse depuis deux ans, mais ne présente ni amaigrissement, ni fièvre. Déjà en 1903, elle a été soignée pour une tumeur de l'orbite gauche et a suivi un traitement mercuriel.

Actuellement, la paupière supérieure de l'œil droit est un peu rouge; il y a une tuméfaction sus-orbitaire de la largeur d'une pièce de 50 centimes et s'étendant le long du bord de l'orbite depuis son milieu jusqu'à la queue du sourcil. La consistance en est ostéocartilagineuse; elle est adhérente au sourcil et absolument indolore.



Dans la région frontale droite, existe aussi une tuméfaction de la largeur d'une pièce de 2 francs, peu proéminente, sans changement de coloration des téguments et indolore.

La motilité de l'œil est normale; il y a un peu de réaction conjonctivale et un petit ganglion sous-maxillaire à droite.

La malade souffre de douleurs rhumatismales fréquentes; elle présente un peu de pâleur et une adynamie relative.

En septembre 1907, on a recommencé un traitement hydrargyrique.

28 février 1908. — Elle entre dans le service, car elle pré-

sente au niveau de la région trochantérienne gauche un placard de gommes suppurées arrondies ou ovalaires.

La radiographie ne montre pas de lésions osseuses sous-jacentes. Traitement : 3 grammes d'iodure de potassium.

8 mars. — Les ulcérations sont sèches et bourgeonnent.

13 mars. — L'amélioration continue, la plupart des ulcérations sont cicatrisées. Au niveau de l'orbite, on sent encore un épaissement manifeste un peu sensible à la pression.

20 mars 1908. — La malade sort du service en voie de guérison.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Morax et Chaigneau)

S... Marie, cinquante ans, est soignée à la consultation ophtalmologique de Lariboisière depuis le mois de mai 1903.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Elle s'est mariée à vingt-deux ans, et n'a pas eu de grossesses ; à aucun moment elle n'a présenté d'éruption cutanée. A trente-neuf ans, brusquement sans prodromes, ni perte de connaissance, se produit une hémiplegie avec parésie linguale sans paralysie faciale.

En mai 1903, on lui fait des piqûres de cyanure de mercure pour une névrite optique œil gauche.

Acuité visuelle OD V = 1

OG V = 5/50

En novembre 1903, il se produit une cataracte complète œil gauche, avec mauvaise projection. La malade suit par inter-

valles un traitement hydrargyrique. Revient en août 1905, pour une ulcération superficielle de la cornée, œil gauche.

La malade est revue en avril 1906; l'état de ses yeux est le suivant :

OD V = 1

OG. — Injection des conjonctives bulbaire et tarsienne. Taie de la cornée. Dépôts pigmentaires dans la chambre antérieure. Iris trouble. Mydriase avec synéchies postérieures dans la partie nasale de la pupille. Cristallin opaque, blanc nacré, bombant en avant. Tonus normal. Très mauvaise perception lumineuse.

15 septembre 1906. — La malade se plaint de céphalées siégeant dans la partie gauche de la tête; elles sont calmées par le pyramidon, mais quelques jours après se développent deux tuméfactions de la région sourcilière gauche.

25 septembre. — Il se fait une ouverture au-dessus du sourcil à l'union du tiers externe et des deux tiers internes; il en sort un peu de pus blanchâtre.

Traitement : sirop composé prescrit dans un dispensaire.

La malade ne revient que cinq semaines après. On constate au milieu d'une zone un peu déprimée en forme de cupule un orifice circulaire de 8 à 10 millimètres de diamètre, à bords réguliers, minces, un peu décollés, qui s'ouvre dans une cavité à fond rougeâtre; lagophtalie avec le stylet fait sentir l'os dénudé dans la partie interne de l'excavation, et l'instrument s'enfonce facilement de 2 centimètres en dedans. Il s'échappe de l'orifice un peu de pus jaunâtre.

La malade est un peu fatiguée et anémiée.

Traitement: Injection d'huile grise.

10 décembre 1906. — Notre malade souffre depuis deux jours ; elle présente un larmolement intermittent survenant au moment des douleurs ; celles-ci nocturnes et très vives empêchent tout sommeil ; elles sont localisées dans le globe oculaire gauche. Il y a de la lagophtalmie ; 2 millimètres environ de cornée restent découverts, lorsque la malade ferme les yeux. Injection périkeratique, la cornée légèrement infiltrée dans son ensemble présente en son centre une ulcération dont le fond est occupé par un pus blanchâtre. Hypopion de 4mm. 1/2 environ. L'examen sur lame du pus de l'ulcération montre du pneumocoque.

12 décembre. — La malade souffre toujours, mais l'ulcère ne s'est pas étendu ; la cornée est insensible. Malgré le trait général le bord orbitaire supérieur s'est effondré.

On pratique l'énucléation, et le 15 janvier 1907, la malade sort avec une bonne cavité.

Sur notre demande, elle revient le 23 mai 1909. A ce moment, le rebord orbitaire supérieur n'existe plus sur une longueur de 2 cm. 1/2 environ ; l'arcade sourcilière est remplacée par une cavité dirigée en bas et en arrière ; cette cavité s'ouvre par un orifice ovalaire à grand axe horizontal dont la partie supérieure est formée par l'os frontal dont le bord est mousse et la partie inférieure par un point de peau portant les sourcils et reliant entre elles les deux extrémités du rebord orbitaire. La paupière supérieure s'est libérée de la région sourcilière, s'est portée en arrière et se continue avec le fond de la cavité ; celle-ci est tapissée par une peau très vascularisée.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Morax et Chaigneau)

Il y a six mois, en mai 1904, G... Louise, sucrière, cinquante-deux ans, s'aperçoit qu'il lui vient des bosses au front et à la tempe ; ces bosses ne sont ni douloureuses, ni accompagnées de maux de tête. Trois mois après, elle est soignée dans le service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière pour une extinction de voix, on fait un traitement local. En même temps apparaît une petite tumeur dans la région du sac à droite.

Actuellement, le 24 octobre 1904, il y a dans la région frontale moyenne une tuméfaction de la grosseur d'une petite noix, mais aplatie et fluctuante, qui est entourée d'un épaississement du périoste. Il y a d'autres tumeurs disséminées dans la région frontale et temporale ; le nez est aplati. Entre la base du nez et le sac lacrymal, on trouve une tumeur, grosse comme une noisette, rouge et fluctuante ; elle est prolongée en bas par un épaississement de l'os non ramolli ; il n'y a pas de larmoiement.

A la face antéro-interne du tibia gauche, au-dessous de la tubérosité, il y a une tuméfaction aplatie, rouge douloureuse, d'une hauteur de 5 centimètres environ.

OD + 1 D, V = 10 opts

OG + 1 D, V = 10 opts

Traitement : piqûres de cyanure d'Hg.

Après trois piqûres la malade ne revient pas.

Nous l'avons revue le 31 mai 1909. Après avoir quitté Lariboisière, elle fut obligée de consulter à Saint-Louis, pour la tumeur de la jambe gauche qui s'était ulcérée. On lui conseilla de rentrer à l'hôpital et elle y séjourna pendant six semaines. Comme traitement on lui fit prendre de l'iodure de potassium. Elle sortit guérie, de sa jambe, et des lésions de la face.

Quand nous la revoyons, elle présente dans la région frontale moyenne, au-dessus de la tête du sourcil droit, une cicatrice déprimée, en forme de gourde, à grosse extrémité inférieure ; la peau est lisse et blanche, adhérente au plan osseux.

Au niveau de l'os propre du nez, et de la branche montante du maxillaire droit, existe une autre cicatrice, moins apparente, à son niveau la peau est mobile. Il n'y a pas de larmolement. Le nez est aplati en lorgnette ; cette particularité se serait produite à la suite d'une chute, alors que la malade avait une quarantaine d'années. La voix est nasonnée, mais il n'y a pas de perforation de la voûte palatine, ni du voile.

A la face interne de la jambe gauche, on aperçoit une cicatrice, qui ne diffère en rien de celle des ulcères variqueux ordinaires.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Carlotti et Chaigneau)

M^{me} Elisabeth M..., cinquante et un ans, cuisinière, vient à la consultation ophtalmologique de Lariboisière le 28 avril 1906, pour un épaississement du rebord orbitaire supérieur gauche datant de un mois.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Mariée à vingt-deux ans, son mari a toujours été bien portant. Vers l'âge de trente ans, elle a souffert de violents maux de tête, et depuis un an ces céphalées se reproduisent fréquemment et empêchent le sommeil ; la malade a perdu l'appétit et maigri beaucoup.

En janvier 1906, elle fut soignée dans le service oto-rhino-

laryngologique de Lariboisière pour un mal de gorge et une ulcération du méat inférieur droit.



Actuellement, la peau de la paupière supérieure gauche est amincie, lisse, rosée et recouvre en sa partie externe une tumeur grosse comme une noix, bombée, irrégulière et adhérente au rebord orbitaire qui est épaissi. Les deux paupières sont œdématisées, la fente palpébrale est réduite de moitié, et la malade relève difficilement la paupière supérieure, qu'il est impossible même de retourner avec le doigt.

La tumeur est dure à la pression, sauf dans sa partie supérieure où elle est nettement fluctuante. La malade accuse à la pression une douleur modérée au niveau du rebord orbitaire.

Les mouvements du globe sont normaux, la cornée transparente, les milieux et le fond normaux ; l'acuité visuelle est de 8 à 9 opts pour les deux yeux.

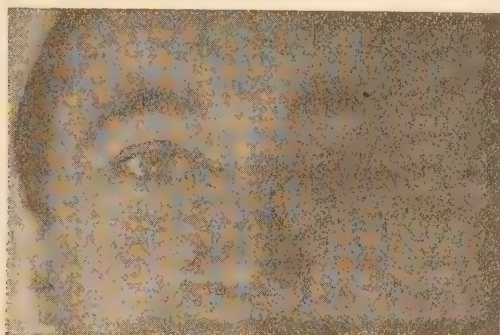
On retire, par une ponction à la seringue de Pravaz, un liquide huileux, de teinte jaunâtre ne contenant pas de microorganismes.

La malade présente en même temps une tuméfaction du tibia gauche.

Le 25 juin, elle a eu six injections d'huile grise ; l'état général

est meilleur, l'appétit est revenu, le teint est moins pâle, la périostose tibiale s'est affaissée presque complètement, la tuméfaction du sourcil gauche, qui avait disparu en partie s'est reformée avec rougeur de la peau et sensation de tension ; dans la nuit du 24 juin, elle s'ouvre spontanément et laisse échapper un liquide sanguinolent ; il existe un peu de douleur à la pression au niveau de la moitié externe du sourcil.

On fait une septième piqûre d'huile grise, puis on suspend les piqûres et on les remplace par de l'iode de potassium.



9 juillet. — Il n'y a plus qu'une saillie très légère recouverte d'une petite croûte jaunâtre au niveau de la paupière supérieure ; pas d'épaississement périostique, pas de douleurs.

5 novembre 1906. — Il n'y a rien de particulier.

La malade revient nous voir, sur notre demande le 26 mai 1909. Depuis trois ans, elle n'a aucunement souffert ; elle se porte bien, mange et dort bien. La fente palpébrale est un peu plus petite à gauche qu'à droite et le sillon orbito-palpébral plus profond, au lieu d'être occupé comme à droite par un bourrelet de la paupière. La peau est amincie et a un aspect gaufré, mais elle n'adhère pas aux plans profonds. Par comparaison avec le côté opposé, le bord orbitaire supérieur est très légèrement échancré dans sa partie externe.

OBSERVATION XIV (Inédite)

(Carlotti et Chaigneau)

Le H..., Alphonse, trente-cinq ans, se présente le 27 décembre 1907 à la consultation des yeux de Lariboisière.

Il y a trois ans, il a eu un soir en dînant une perte brusque de connaissance, qui n'a été suivie d'aucun trouble, ni moteur, ni de la parole; mais, depuis, il perd la mémoire au point que, à la fin d'une conversation, il a oublié ce qui a été dit au début.

Les parents sont très bien portants; il a eu huit frères ou sœurs, dont trois seulement sont vivants. Il souffre de céphalées fréquentes depuis l'enfance et a des crises fréquentes d'urticaire. A onze ans, fièvre typhoïde; à vingt ans, blennorragie. Marié, il a deux enfants de onze et de neuf ans, bien portants; en 1903 et en 1904, il a souffert d'angines suivies de bourdonnements d'oreille et de surdité.

Quinze jours après la perte de connaissance, apparaît un gonflement de la paupière supérieure droite, qui se propage à la tempe et à la joue correspondantes. Le malade se plaint de céphalée en casque surtout nocturne et de douleurs lancinantes, dans la région sourcilière.

Traitement: compresses, pommade iodurée et iodure de potassium à l'intérieur.

Malgré ce traitement, il se forma progressivement une collection qui se fit jour il y a un mois à l'extérieur sous la forme d'un pus jaunâtre; le malade mouche en même temps du pus par la narine droite.

La plaie resta ouverte pendant dix-huit jours.

Quand le malade se présente à Lariboisière, il a la paupière droite rouge et œdématiée; la surface légèrement squameuse

présente au tiers interne une cicatrice croûteuse adhérente ; l'œil est à demi fermé.

A la palpation on perçoit continuant la lèvre interne du bord orbitaire supérieur une lame de consistance ostéo-cartilagineuse, de forme triangulaire qui occupe presque toute la paupière supérieure et est absolument indolore.

Pas de collection liquide ; il a eu au début un petit ganglion préauriculaire qui depuis a disparu.

Le globe de l'œil et ses mouvements sont normaux. Les milieux et le fond sont normaux. Myopie légère.

OD — 1 D 50 V = 5/25

OG — 1 D 55 V = 5/10

Il y a à droite un scotome central pour le rouge et le vert expliquant la diminution de l'acuité. La sensibilité de la périphérie de la rétine est normale.

L'état général est assez bon ; la langue est épaisse, il y a des pituites matinales, le malade tousse un peu, et se fatigue rapidement. Les réflexes patellaires sont normaux ; quelques douleurs le long du tibia.

Traitement : injections d'huile grise.

7 février 1908. — Le malade a eu six injections en six semaines ; l'amélioration est manifeste.

L'aspect local est presque normal, il existe encore un peu d'épaississement du bord orbitaire et de gonflement de la paupière supérieure. Le malade a encore quelques maux de tête et un peu d'insomnie.

Traitement : sirop de Gibert, une cuillerée par jour.

OD — 1 D 50 V = 5/10

OG — 1 D 50 V = 5/7,50

28 février. — Plus de scotome ; la saillie est complètement disparue, il subsiste encore un peu de douleur à la pression en un point très limité.

Le malade revient sur notre demande le 20 mai 1909. On ne sent aucun épaississement des bords orbitaires, mais la fente palpébrale est un peu plus étroite à droite qu'à gauche. L'acuité visuelle est égale à $\frac{2}{3}$ avec la correction.

OBSERVATION XV (Inédite)

(Chaigneau)

M^{me} L... Joséphine, trente-six ans, vient consulter le 12 octobre 1907 ; il y a un an elle a reçu dans la région orbitaire gauche un cadre assez lourd ; ce traumatisme n'a pas eu de suites, mais, en septembre 1907, elle commence à souffrir de céphalées violentes ; vers le 15 septembre apparaît au-dessus du sourcil gauche une petite tumeur qui grossit peu à peu, gagnant la paupière. Le médecin traitant fait le 5 octobre une incision par où s'échappe un peu de pus mêlé de sang. La malade souffre en même temps d'un coryza aigu et mouche du pus et des caillots de sang. Pas de bacillose pulmonaire.

Elle a encore ses parents qui sont bien portants ; une demi-sœur est morte de tuberculose ; elle a eu trois grossesses ; le premier de ses enfants est mort à dix mois, le second à vingt mois, le troisième, âgé de dix ans, est bien portant.

Lorsqu'elle se présente à Lariboisière, il y a une tuméfaction occupant toute la paupière supérieure gauche et empiétant sur la région frontale ; la peau de cette région est normale, celle de la paupière, violacée. On trouve à la partie externe et à la partie interne de la paupière des noyaux indurés, mais le reste de la tumeur est fluctuant, et la pression refoule le liquide

de la région palpébrale dans la région frontale et réciproquement. Pas de douleurs spontanées ; lorsqu'on presse avec le doigt on trouve seulement un point douloureux très limité au niveau du rebord orbitaire. Léger œdème de la paupière inférieure. Adénopathie préauriculaire du volume d'un gros pois, saillante et douloureuse.

L'examen des fosses nasales (Baldenweck) décèle, à la partie inférieure et postérieure de la cloison, la présence d'une ulcération bourgeonnante ; le cornet inférieur est atrophié, granuleux et ne se rétracte pas ; l'éclairage des sinus montre au niveau du sinus maxillaire une tache sombre ; l'éclairage du sinus frontal paraît aussi un peu diminué.



14 octobre. — On pratique une ponction avec la seringue de Pravaz, et l'on retire une petite quantité de pus, qui ne montre pas de microorganismes à l'examen microscopique.

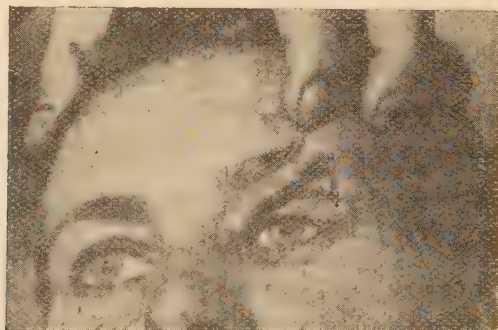
On soumet la malade au traitement mercuriel.

L'ophtalmo-réaction (Carlotti) pratiquée deux fois de suite donne un résultat négatif. Un nouvel examen de pus sur lame ne donne pas de résultat.

22 novembre. — La malade a eu cinq piqûres d'huile grise en cinq semaines.

Durant cet intervalle, le petit pertuis produit par la ponction s'est agrandi. Il y a une ouverture de 2 centimètres, taillée à l'emporte-pièce ; tout autour la peau est violacée ; le fond de la cavité est recouvert d'un exudat pseudo-membraneux jaunâtre. Les paupières et la région sourcilière sont décollées. Le squelette sous-jacent ne présente pas de lésions palpables. L'écoulement est tari.

On prescrit localement des lavages à l'eau oxygénée et de cyanure d'Hg à 1/3000, et l'on continue les piqûres.



6 novembre. — Les lésions ont évolué. Il existe un orifice ovalaire horizontal, de 2 centimètres de diamètre : les bords en sont taillés à l'emporte-pièce et entourés d'une zone violacée de 2 centimètres ; cet orifice donne accès dans une cavité qui s'étend par décollement jusqu'au milieu du sourcil ; le fond en est constitué en partie par l'arcade sourcilière mise à nu et par une masse charnue, rosée, recouverte d'un pus blanchâtre. En haut et en dedans, cette cavité communique avec une seconde excavation surplombant le tiers interne du sourcil ; et dont le plafond cutané est marqué par une zone violacée de 1 cm. 1/2 de diamètre. L'adénopathie préauriculaire a disparu.

Examen d'un frottis : négatif.

La malade ne pouvant plus supporter les piqûres d'huile grise on les a cessées depuis le 29 novembre.

13 décembre. — La plaie tout entière se cicatrise et devient adhérente ; la dépression frontale adhère également à l'os sous-jacent. Il y a deux jours, élimination d'un petit séquestre par la narine gauche. L'état général n'est pas très bon ; pâleur, stomatite, vomissements fréquents.

24 janvier 1908. — Toute la partie anciennement décollée est adhérente à l'os ; au niveau de l'excavation primitive, il existe quelques petits points ulcérés, mais qui ne suppurent pas.

L'état général est toujours mauvais : vomissements, diarrhée.

Traitement : glycérphosphate de chaux et de soude.

7 février. — La malade a meilleure mine ; depuis douze jours, elle mange plus abondamment et reprend du poids.

Au niveau de la paupière supérieure, il persiste une petite ulcération recouverte d'une croûte ; à la partie moyenne du frontal et à un travers de doigt au-dessus du sourcil, il existe une dépression avec adhérence de la peau aux plans profonds.

14 février. — On reprend les piqûres d'huile grise.

20 mars. — Les piqûres sont toujours douloureuses et mal supportées, l'état général est de nouveau moins bon. La malade souffre de la tête et de douleurs ostéocopes dans les membres.

Puis apparaissent des périostoses au niveau de la tête du radius droit, de l'humérus gauche, du talon droit.

On remplace les piqûres par des frictions d'onguent mercuriel, 4 grammes par jour ; la malade prendra en même temps 20 grammes d'iodure de potassium.

Cette malade revient en octobre 1908 ; elle présente une échancrure du bord orbitaire supérieur, qui est déchiqueté et une dépression de la bosse frontale large comme une pièce de

50 centimes, mais peu profonde; la peau est mobile, sauf en dessous du rebord où elle adhère un peu, entraînant la paupière, sans empêcher l'occlusion complète de l'œil.

D'autres lésions spécifiques sont apparues : ce sont des gommes de la région du coude gauche, puis des avant-bras droit e gauche, lésions qui ne cèdent pas au traitement général et ne sont améliorées que par des injections locales de sublimé. Nous y reviendrons à propos du traitement.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Carlotti)

M^{me} P... Anne, cinquante-quatre ans, vient consulter le 12 avril 1906 dans le service ophtalmologique de Lariboisière.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Mariée à dix-huit ans, elle a, à vingt et un ans, une grossesse à terme, puis deux fausses couches successives à trente et trente et un ans.

En 1901, elle a souffert de l'œil droit pendant toute l'année. Depuis cette époque, elle a eu plusieurs bronchites et une névralgie sciatique. Elle n'a jamais constaté chez elle d'accidents cutanés ni muqueux.

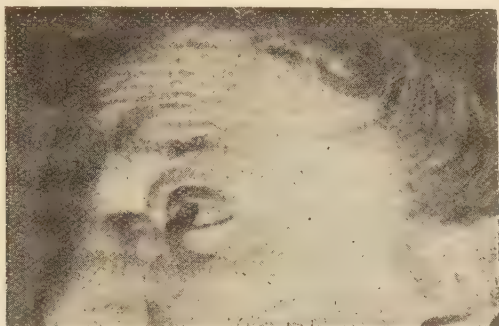
En 1905, elle a eu pendant deux mois des céphalées constantes.

Il y a un mois elle s'aperçoit de la présence d'un petit bouton dans l'angle interne de l'œil gauche; tout autour la peau rougit, et cette rougeur envahit progressivement la racine et l'aile gauche du nez, ainsi que la joue.

12 avril 1906. — Une tuméfaction rouge recouvre la racine

du nez et la moitié interne des deux paupières. Elle est limitée par un bord net résistant au doigt tandis que son centre est dépressible et fluctuant.

La conjonctive est normale, l'iris un peu plus sombre qu'à droite, la pupille irrégulière.



Traitement mercuriel.

28 avril. — On peut voir sur la face latérale du nez et sur la joue une traînée d'angioleucite ; il y a un ganglion préauriculaire sensible à la pression ; le soir la température est de 38°5. Dès le lendemain, la zone rouge s'est étendue bilatéralement, en ailes de papillon ; c'est un érysipèle de la face typique : la température est de 40°2. La tuméfaction s'est affaissée en grande partie, à la suite d'une petite ouverture par laquelle s'est écoulé un pus jaunâtre.

Dans la suite l'érysipèle évolue sans incidents ni complications ; les lésions gommeuses continuent à s'améliorer.

14 mai 1906. — La malade quitte le service pour le Vésinet ; on vient de lui faire la troisième piqûre d'huile grise.

OD V = 11 opts

OG V = 7 opts

Cette acuité est expliquée par des synéchies postérieures plus abondantes à gauche qu'à droite.

OBSERVATION XVII (Inédite)

(Morax et Chaigneau)

A... Louis, treize ans, présente la plupart des caractères de l'hérédo-spécificité.

Né à terme, il est nourri par sa mère, marche à dix-huit mois. Depuis sa naissance, il a eu des ulcérations cutanées fréquentes, autour de la bouche, des narines et aux doigts. A neuf mois, écoulement des oreilles ; actuellement il est sourd ; microdontisme, dents d'Hutchinson, asymétrie faciale.

Sa mère a eu d'un premier lit sept grossesses : une fille âgée maintenant de vingt-cinq ans et bien portante, née à terme ; cinq garçons nés à terme et tous morts de méningite, entre six et dix mois ; notre malade. D'un second mariage, deux filles à terme mortes à neuf et dix mois de méningite, un garçon à terme, âgé de sept ans, ayant une tumeur blanche du genou.

Le père du petit malade, alcoolique, est mort à trente-cinq ans de laryngite tuberculeuse.

Cet enfant a été soigné à partir de février 1907, pour une kératite interstitielle bilatérale dans le service de M. le Dr Morax.

Traitement : atropine et piqûres d'huile grise.

En novembre 1907, est de nouveau soigné à Lariboisière pour une conjonctivite gonococcique, sans lésions cornéennes ; le 12 janvier la guérison est complète, il n'y a plus de microorganismes, les cornées sont transparentes ; plus de réaction conjonctivales.

Le malade vient de nouveau consulter en février 1908, pour un gonflement de la région lacrymale gauche, apparu depuis deux jours ; ce gonflement ne provoque pas de douleurs spontanées, la pression en détermine de très peu vives ; cet empâtement recouvert de peau rouge violacé s'étend à toute la région du sac et aux paupières, surtout à l'inférieure. Les voies lacrymales sont perméables.



Traitement : piqûres de cyanure de mercure, trois fois par semaine.

Nous avons pu revoir ce malade le 21 juin 1909. Il se porte bien depuis qu'il a quitté le service ; il n'y a aucun épaissement osseux au niveau de la gomme ancienne.

OD. — Lésions cornéennes interstitielles confluentes. Pupille irrégulière, dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure.

Milieux transparents, fond normal. V = 5/25.

OG. — Cornée transparente, quelques lésions interstitielles peu accentuées.

Iris, pupille, milieux et fond : normal. OG. — 1^o V = 5/7,50.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

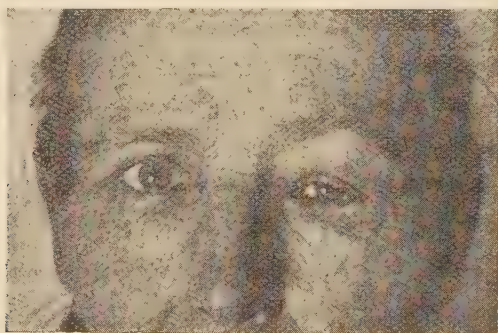
(Morax et Chaigneau)

V... Marcel, trente-deux ans, artiste lyrique, se présente à

la consultation ophtalmologique de Lariboisière le 21 septembre 1905, parce qu'il souffre de larmolement à droite et à gauche. On constate des deux côtés une tuméfaction légère de la région du sac, après un débridement, on fait quelques cathétérismes avec la sonde n° 3, et le larmolement disparaît.

16 novembre 1905. — Le malade revient et se plaint de voir double. L'examen permet de conclure à une diminution de la mobilité du grand oblique. Cette lésion paraît d'origine mécanique ; car il y a à la base du nez une tuméfaction qui empiète sur les angles internes.

23 novembre. — Apparaît une exophtalmie légère avec élévation et déviation du globe en dehors, sans douleurs locales, ni céphalées.



Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires. Il a eu la diphtérie à quatre ans, et une pneumonie à vingt-deux ans. Il y deux ans, il a suivi à Saint-Louis, pendant trois mois, un traitement hydrargirique, pour un mal de gorge, qui n'a cédé qu'un an après, à un traitement purement local.

Devant ce fait, on prescrit une série de piqûres d'huile grise.

1^{er} décembre. — L'empatement et la rougeur ont diminué ;

le globe oculaire a toujours des mouvements limités, surtout en dehors et en bas.

12 février 1906. — Malgré une série de six piqûres d'huile grise, il se produit une nouvelle poussée. Les symptômes sont les mêmes : empatement et rougeur, diminution des mouvements, adduction douloureuse, douleur à la pression au niveau de l'angle interne.

Piqûre de calomel.

Le malade se soigne très irrégulièrement, car il est occupé par son théâtre. En avril 1906, il a eu trois piqûres de calomel ; il part en tournée et remplace les piqûres par des pilules de Dupuytren.

Il revient, le 28 mai, n'ayant pas suivi de traitement depuis un mois et demi.

Il y a deux jours est apparue une teinte érythémateuse de la paupière inférieure au niveau du contour orbitaire, et un empatement de la région avoisinante, mais il n'y a plus de diplopie et la fusion binoculaire est normale.

OD V = 12 opts

OG V = 12 opts

On refait des piqures de calomel.

En décembre 1906, l'état général est bon, mais depuis quarante-huit heures, il s'est de nouveau produit un gonflement de la région lacrymale gauche. Pas de douleurs spontanées ; ni à la pression des rebords orbitaires ; le larmolement n'a pas augmenté.

On revoit le malade en juin 1908 ; il se porte bien, depuis deux ans il a été soigné par le mercure et l'iodure de potassium. La région orbito-nasale est normale, les pupilles sont égales, et ont des réflexes normaux ; les mouvements des globes sont normaux, la vision binoculaire existe et il n'y a pas de diplopie.

On aperçoit quelques lésions choroïdiennes périphériques très discutées. En mai 1909, l'état est le même. Il n'y a pas eu de traitement depuis un an.

OBSERVATION XIX (Bull)

Homme de quarante-six ans, vu pour la première fois en juin 1875. Chancre douze ans auparavant. On note dans les antécédents des lésions syphilitiques graves et multiples. Il existait sur le corps des accidents papulaires multiples. Depuis cinq semaines douleurs violentes aux tempes et à l'œil droit, que rien ne soulageait.

Exophtalmie en bas et en dehors. Le niveau de l'œil était abaissé au-dessous de la racine du nez. Le globe oculaire était très limité dans ses mouvements : gonflement considérable des paupières avec chémosis marqué de la conjonctive bulbaire.

Douleurs très vives à la pression du rebord orbitaire, neuro-rétinite, foyers hémorragiques rétiens multiples, vision réduite à la distinction de la lumière, de l'obscurité. Cinq ans auparavant, nécrose de la partie supérieure du frontal et de la partie correspondante du pariétal droit qui persiste pendant sept mois.

En présence des lésions actuelles, on institue un traitement spécifique; cinq jours après, signes de fluctuation au niveau du rebord orbitaire supérieur. Incision à ce niveau. L'exploration au stylet démontre qu'il existe une carie de la face supérieure et interne de l'orbite.

On laisse la plaie ouverte, et l'on retire de temps en temps des morceaux d'os : entre autres un gros morceau de l'ethmoïde. Au bout de trois mois guérison, sauf la perte de la vue qui reste

complète à cause de l'atrophie du nerf optique. Six mois après récidive et mort par méningite.

OBSERVATION XX

(Bull)

Homme de trente-six ans, très dissipé, vu pour la première fois en novembre 1874. Douze ans auparavant chancre suivi de manifestations secondaires d'un caractère bénin. Double iritis il y a six mois, qui dure cinq semaines, altère beaucoup la vue. Au moment du premier examen il est atteint d'une douleur violente de l'orbite à droite.

Les souffrances s'étendaient sur l'os malaire et sur l'arcade zygomatique. Il existait tous les signes d'une périostite très marquée. Exophtalmie convergente, tissu mou très gonflé, difficulté d'ouvrir la bouche, paupière gonflée, œil dévié en haut et en dedans.

La périostite siégeait sur le plancher et la face externe ; de là elle s'était irradiée sur l'os malaire, l'arcade zygomatique, et le maxillaire supérieur.

Malgré l'intensité du traitement le mal progressa, et il se forma une collection purulente qui s'ouvrit partie à travers la conjonctive, partie à travers la joue.

Peu de temps après la carie gagna le sinus maxillaire, il y eut nécrose complète du plancher de l'orbite et d'une partie de la paroi externe. La guérison s'effectua après enlèvement des séquestres à l'aide de la pince.

OBSERVATION XXI

(Bull)

Homme de soixante ans, présente des synéchies antérieures de l'œil gauche à la suite d'attaques répétées d'iritis, et de l'atrophie papillaire.

Exophtalmie de l'œil opposé, en avant et en dehors et un peu en haut. L'examen physique démontre qu'il existait une large exostose de la paroi externe du plancher. Pendant longtemps l'administration des antisiphilitiques et des toniques ne donna rien d'appréciable; puis il y eut diminution des accidents, et le ramollissement ne se fit sentir que d'une manière insuffisante. En présence de la gravité de l'altération osseuse Bull se décida à intervenir avec la pince (Guérison).

OBSERVATION XXII

(Bull)

Femme de trente-deux ans, date du chancre inconnue; dix ans auparavant ulcère de la rotule droite qui persiste très longtemps. Puis ulcération de l'isthme du gosier et dacryocystite du côté droit. Il survient ensuite de la carie de l'os malaire, de la partie supérieure du maxillaire supérieur, de la base de la face interne de l'orbite et des cellules ethmoïdales. Il y avait de l'irido-cyclite gommeuse et des lésions très prononcées du côté de la cavité nasale.

Guérison après huit mois de traitement.

OBSERVATION XXIII

(Bull)

Charles R..., quarante-cinq ans, exophtalmie légère en bas et en dehors au niveau de l'œil droit. Il y a sept ou huit mois, douleurs violentes qui ont complètement disparu. L'exophtalmie date de deux mois, diplopie croisée, vision normale, pas de trouble du fond de l'œil. A l'examen, la palpation avec le doigt de la cavité orbitaire démontre qu'il existe en haut et en dedans une exostose volumineuse de l'ethmoïde. Exostose douloureuse sur le tibia et sur la clavicule.

Le traitement spécifique fit rapidement disparaître ces accidents.

OBSERVATION XXIV

(Galezowski)

Le 2 juillet 1879, M^{me} D..., âgée de cinquante-deux ans, se présente à la clinique, où elle est inscrite au registre sous le n^o 49917. De constitution très robuste, cette dame a eu une vie très active. Elle fait le commerce des fourrures et a éprouvé dans ce métier une série de revers qui l'ont vivement impressionnée. Elle a été mariée deux fois : la première en 1848. De ce mariage elle a eu deux enfants, le premier en 1849 est mort huit jours après sa naissance. Cinq ans après

naît le second, qui meurt sur le septième mois d'une affection cérébrale.

Le mari, d'une vie très irrégulière et remplie d'excès de toutes sortes, meurt en 1855.

En 1857, notre malade se remarie et a de ce second mariage trois enfants : le premier en 1858, meurt sept mois après sa naissance. Les deux derniers, nés en 1859 et 1864, se portent très bien.

M^{me} D..., toujours bien portante, ne se ressentait nullement de ces cinq couches, et était toujours parfaitement bien réglée et même très abondamment, lorsqu'en janvier 1879, ses règles diminuèrent subitement d'intensité pour ne pas reparaitre les mois suivants jusqu'en juillet, où elles revinrent en très grande abondance. Avec la suppression des règles survinrent des maux de tête très violents.

Jusqu'à cette époque, les yeux de notre malade avait joui d'une vue excellente ; mais, en février, la malade s'aperçut que sa vue était moins claire, et, un matin, au réveil, elle voyait double. Elle consulta son médecin qui lui prescrivit plusieurs purgations répétées, et, successivement, l'application derrière l'oreille de sangsues et de vésicatoires.

Ce traitement resta sans effet. Le trouble de la vue était accompagné de maux de tête excessivement violents pendant plus de quinze jours, qui, depuis, se sont dissipés complètement.

Aujourd'hui cette dame présente un ptosis de la paupière supérieure gauche. Son œil gauche est légèrement dévié en dehors et propulsé en avant ; il y a un peu d'exophtalmie. Tous les mouvements de l'œil sont presque impossibles. A peine peut-il exécuter un léger mouvement en dehors.

En un mot tous les muscles sont paralysés. La paralysie des muscles de la troisième paire est absolue, et celle des muscles de la sixième paire est presque complète. Les pupilles des deux yeux présentent les mêmes dimensions.

A l'ophthalmoscope on trouve les milieux de l'œil physiologiques. La papille seule est entourée d'une légère suffusion qu'on ne retrouve pas dans l'autre œil. L'acuité visuelle en est notablement affaiblie, à peine la malade reconnaît-elle les gros objets. L'œil droit est normal ; on constate encore une anesthésie relative de toute la région péri-orbitaire gauche, les piqûres d'épingle sont à peine ressenties dans cette région.

Si on recherche l'étiologie de l'affection, on est assez embarrassé, car M^{me} D... n'a jamais été malade. Elle nie toute espèce d'antécédents syphilitiques et on ne trouve absolument rien de prééminent dans la cavité orbitaire.

Néanmoins on prescrit l'iodure de potassium, 3 grammes par jour, des bains sulfureux, et on conseille à la malade, pour éviter la diplopie, de porter des lunettes-conserves avec un verre dépoli pour l'œil gauche.

8 juillet. — Elle revient, en accusant une amélioration sensible dans son état ; les maux de tête sont moins violents et les mouvements de l'œil sont moins gênés. On lui conseille de continuer son traitement et on y ajoute les frictions mercurielles sur les différentes articulations à la dose de 4 grammes par jour.

22 juillet. — L'exophtalmie a diminué.

OBSERVATION XXV

(Galezowski.)

M^{me} S..., âgée de trente-sept ans, vint me consulter le 19 novembre 1878 pour une exophtalmie très prononcée de l'œil gauche, avec diplopie, dont elle a éprouvé les premières atteintes vers la première moitié du mois d'août, avec des maux de tête, des nausées et des éblouissements qui se sont prolongés pendant plus de quatre semaines. Depuis trois jours elle a commencé à voir double, ce qui l'a décidée à venir me consulter. En examinant la malade, j'ai pu constater les phénomènes suivants : L'œil gauche est saillant et se laisse difficilement refouler dans l'orbite ; le bord orbitaire supérieur est très tuméfié, surtout dans sa moitié externe ; la malade accuse une diplopie homonyme, ce qui est dû à la paralysie incomplète de la sixième et de la quatrième paires de l'œil gauche. On constate en outre une kératite ponctuée dans le segment supérieur des deux cornées. L'œil est larmoyant, et la malade accuse des névralgies très violentes le soir et la nuit dans le pourtour de l'orbite gauche. Dans les antécédents de M^{me} S... nous trouvons tous les indices de la syphilis acquise, malgré ses dénégations. Ainsi elle a perdu beaucoup de cheveux et présente actuellement un certain degré d'alopecie. Le premier enfant qu'elle a eu, à l'âge de vingt-deux ans, est venu au monde mort-né ; deux ans après elle a eu un second enfant très chétif qui est mort à l'âge de trois mois ; un an plus tard elle a eu un troisième enfant qui mourut à quatre mois ; enfin le qua-

trième est né un an plus tard, il vit et se porte très bien. Cette mortalité est incontestablement due à la syphilis, comme cela a été très bien démontré par Fournier ; l'existence de la kératite ponctuée avec la périostose complète, selon moi, le diagnostique.

C'est en raison de tous ces accidents que nous avons prescrit à la malade des frictions hydrargyriques à faire tous les soirs au pourtour de l'orbite ; deux bains de vapeur par semaine et l'iodure de potassium, 2 grammes par jour pendant quinze jours, puis augmenter la dose jusqu'à 4 grammes. Sous l'influence de ce traitement, le mieux s'est déclaré rapidement, et, le 3 décembre, j'ai pu constater la disparition de tous les accidents, ainsi que de l'exophtalmie et de la périostose orbitaire.

OBSERVATION XXVI

(Galezowski)

M^{me} Bl. P..., âgée de trente ans, demeurant à Paris, vint me consulter le 28 août 1889, pour son œil gauche dont elle souffrait depuis huit mois. Cet œil était fortement projeté en avant et les paupières ne pouvaient plus le recouvrir ; en même temps on constatait une paralysie complète de la paupière supérieure et de toutes les autres branches de la troisième paire. La sixième paire était aussi paralysée, l'œil était complètement immobile et dévié fortement en dehors ; la pupille médiocrement dilatée, mais la malade ne veut à aucun prix qu'on lui mette le collyre d'atropine. L'examen ophtalmoscopique a permis de constater une atrophie marquée de la papille, quoique la malade distingue à compter les doigts.

En explorant le rebord orbitaire on constate facilement la présence d'une tumeur demi-solide entre le globe de l'œil et le bord inférieur de l'orbite. Le globe et la tumeur ne se laissent point refouler en arrière.

A l'auscultation point de bruit de souffle. La malade a eu tous les signes de l'affection syphilitique secondaire, et elle a encore les glandes du cou fortement engorgées. Depuis un mois elle souffre de douleurs atroces dans toute la moitié de la tête surtout la nuit. Un oculiste allemand voulait lui enlever l'œil et la tumeur, mais elle n'a pas consenti à cette opération.

Il était évident, pour moi, qu'il s'agissait d'une tumeur périostique de la paroi inférieure de l'orbite, mais pour être sûr qu'il n'y avait point de liquide dans la tumeur j'ai fait une ponction ; il s'en est écoulé quelques gouttes d'un liquide rougeâtre. Prenant en considération toutes ces circonstances, j'avais diagnostiqué une périostose gommeuse et je prescrivis en conséquence un traitement mixte. Sous l'influence de ce traitement les douleurs de tête passèrent rapidement, mais l'œil n'a repris que très lentement ses mouvements. Ce n'est qu'au bout de six mois de traitement énergique, que l'exophtalmie a complètement disparu, l'œil a repris ses mouvements, mais la vue s'affaiblit au point que c'est à peine si elle peut voir l'ombre des objets.

OBSERVATION XXVII

(Galezowski)

Le jeune Jean M..., âgé de douze ans, me fut amené le 9 avril 1878, et se trouve inscrit au n^o 39164. Il est assez bien constitué et jouissait d'une bonne santé.

Ses parents sont aussi bien constitués, mais le père a eu la syphilis treize ans avant la naissance de son enfant. Il porte aujourd'hui un ulcère à bords réguliers à la poitrine et un autre au cou, et en bas de l'oreille, par suite d'une glande suppurée qui s'est ulcérée il y a trois ans, et dont il ne s'est jamais soigné. Evidemment ces deux ulcères sont de nature syphilitique.

Au mois de février 1878, l'enfant s'était cogné la tête contre une voiture, mais il n'en a point souffert, et ce coup n'a pas eu de suite. A part cette seule contusion, l'enfant ne se rappelle pas avoir jamais eu de coup ni de contusions d'aucune sorte.

Le 5 avril 1878 l'enfant a été pris tout d'un coup d'un étourdissement et d'envie de vomir; quelques heures après il a fini par vomir quelques glaires, puis il a eu un saignement de nez très abondant.

Cet état était accompagné de maux de tête très violents pendant trois jours, concentrés surtout à la tempe ainsi qu'à l'œil gauche.

Tous ces phénomènes morbides ont cessé complètement dès le sixième jour, mais à partir de ce moment l'enfant a commencé à voir double et son œil gauche est devenu saillant.

A l'examen, nous avons pu constater qu'il y avait une exophtalmie très prononcée, l'œil était dévié visiblement en dehors, la paupière supérieure abaissée; mais en même temps tous les autres nerfs moteurs de l'œil étaient paralysés, à tel point que l'œil droit était à peine mobile. L'enfant voyait double, avec les images croisées à droite, et avec les images homonymes lorsqu'on portait la bougie à gauche.

La pression ne provoquait point de douleurs; par la palpation on ne découvrait point de tumeur, mais l'œil ne se laissait pas refouler dans le fond de l'orbite, ce qui prouvait surabon-

damment qu'il y avait là une tumeur, au sommet de l'orbite, comprimant tous les nerfs moteurs de l'œil, et qui empêchait le globe de reprendre sa place.

Le début brusque de la maladie et les antécédents syphilitiques du père nous permettaient de supposer qu'il s'agissait là d'une périostite syphilitique, et c'est dans ce sens que nous avons dirigé notre traitement. Nous avons, en effet, administré à l'enfant la potion iodée ; en commençant par 25 centigrammes, puis en élevant la dose à 50 centigrammes par jour.

Nous avons, en outre, appliqué deux vésicatoires volants, un à la tête quinze jours plus tard, un autre derrière l'oreille du côté correspondant. Le traitement a produit un résultat on ne peut plus satisfaisant, et, déjà le 26 mai, il a cessé de voir double ; peu à peu tous les symptômes morbides ont disparu : l'exophtalmie diminua rapidement au point que, le 2 juin, nous avons pu constater une guérison complète.

OBSERVATION XXVIII

(Rochon-Duvigneaud, *in* Beaudonnet)

La nommée S..., âgée de trente-trois ans, couturière, se présente le 15 août 1893 dans l'état suivant : œil gauche exophtalmié, dévié en dehors, non réductible, léger ptosis.

Mouvements d'élévation et d'abaissement conservés, mais restreints, mouvements d'adduction complètement abolis. Abduction pouvant être augmentée par la contraction du droit externe.

Pupille dilatée légèrement et paresseuse.

En outre de la non-réductibilité de l'œil, on voit en arrière du

rebord orbitaire inférieur un bourgeon résistant qui paraît venir des profondeurs de l'orbite. Rien de semblable sur tout le pourtour orbitaire qui reste libre.

Rien à l'ophtalmoscope. Vision intacte. Accommodation très diminuée. Cet état dure depuis cinq semaines, avec des douleurs dans l'œil et à la tempe plus marquées à l'époque de ses règles. Vomissements fréquents le matin.

Antécédents. — Malade sujette à des céphalées et en plus rhumatisante ; elle a eu en 1883 un premier enfant mort à quatre mois on ne sait pas de quoi, et une fausse couche de cinq semaines en 1886.

Un an après elle mit au monde un enfant bien portant. Pendant cette grossesse elle a eu des céphalalgies avec sensation de constriction aux tempes (éclampsie ?). Dix mois plus tard nouvelles douleurs à l'œil et à la tempe, avec, pendant un jour, prétend-elle, une déviation externe de l'œil. En novembre 1892, elle aurait eu une seconde attaque semblable qui n'aurait duré qu'un jour.

Elle dit n'avoir jamais eu la syphilis. Cependant un traitement par l'iodure de potassium est seul institué.

Nous avons revu la malade le 28 août 1893 ; elle avait pris 40 grammes d'iodure de potassium. Grande amélioration. Œil dépressible presque autant que l'autre, le lobule néoplasique a disparu. Plus de maux de tête. L'œil est encore en strabisme externe, le droit interne ne fonctionne pas du tout. Ses mouvements en haut et en bas ont toute leur amplitude.

Du 28 août au 4 février elle prend sans interruption par cuillerées à soupe deux fois par jour la potion suivante :

Iodure de potassium	20 gr.
Biiodure d'hydrargyre	0 gr. 15
Eau	300 gr.

Revue le 4 février, l'amélioration par rapport au 28 août consiste en ce que les mouvements du droit interne ont en bonne partie reparu, qu'il n'y a plus de ptosis du tout, que les réactions pupillaires sont très vives, la malade lit parfaitement. Toujours rien à l'ophtalmoscope.

Du 4 février au 21 avril on lui fait vingt-cinq injections huileuses de biiodure d'hydrargyre (4 milligrammes, injection).

Le 21 avril, les mouvements du droit interne ont gagné encore en amplitude ; cependant il y a encore un peu de diplopie croisée dans les mouvements externes vers la droite (légère insuffisance du droit interne gauche).

Nous avons pris le champ visuel de notre malade, le 31 mai 1894, et nous avons remarqué qu'il était diminué en dedans pour les deux yeux, mais surtout pour l'œil gauche.

OBSERVATION XXIX

(Braquehay et Terson, *in* Beaudonnet)

La nommée B... Marie, âgée de cinquante-six ans, est entrée le 20 janvier 1893, salle Saint-Agnès, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Elle se plaignait d'une tumeur survenue sans cause appréciable dans la région du sinus frontal.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Santé habituellement bonne ; elle dit être sujette à des céphalées survenant la nuit. Quand

on examine sa voûte palatine on y trouve une cicatrice gaufrée, nettement visible, dont le grand angle est parallèle à celui de la voûte elle-même. La lésion qu'elle a eu à cet endroit a sans doute évolué silencieusement, car la malade dit n'avoir jamais souffert du palais et n'y avoir jamais rien observé d'anormal. Elle ignore donc la date de cette lésion. A part cela, aucun signe de spécificité. Pas d'éruption, pas de maux de gorge, jamais d'arthralgie ni de fièvre à caractère nocturne et sudoral.

Rien à la vulve, à l'anus, aux yeux, aux oreilles, au pharynx ni à la langue. Pas de chute prématurée des cheveux.

Au mois de septembre dernier, en pleine santé, elle remarqua tout à coup que son œil droit était gêné ; il était comme comprimé et il existait alors une petite grosseur à l'angle supéro-interne de l'orbite ; de plus, disait-elle, sa paupière supérieure était abaissée et elle ne la soulevait que très peu et avec effort. Après un repos de trois jours environ, ce phénomène disparut pour se reproduire quelque temps après, et dans la suite à diverses reprises elle nota la disparition et la réapparition de ce phénomène. En même temps ces attaques devenaient plus fréquentes et duraient plus longtemps, la grosseur augmentait et chassait l'œil de l'orbite.

Ce n'est qu'en janvier qu'elle se décida à entrer à l'hôpital où elle fut reçue salle Saint-Agnès.

On constate alors à la vue un ptosis très marqué du côté droit. L'œil de ce côté est en strabisme externe et présente de la diplopie croisée ; il n'y a pas de paralysie du droit interne.

Exorbitisme et empâtement dans la région supéro-interne de l'œil ; pas de douleurs.

En palpant la région malade on sent une tumeur volumi-

neuse, dure, de consistance osseuse à l'angle supérieur interne de l'orbite, au voisinage du sinus frontal.

La consistance de cette tumeur est à noter : sa périphérie est dure, osseuse, adhérente à l'os, mais son centre est moins dur et donne au doigt une consistance qui rappelle le sarcome.

Elle s'accompagne d'anosmie.

A cause des accidents douteux présentées par la malade, on la soumet au traitement spécifique dès son arrivée (mercure et iodure de potassium).

1^{er} février. — On note déjà une diminution notable dans le volume de la tumeur qui a diminué surtout dans la portion molle centrale, restant encadrée à sa périphérie d'un bourrelet osseux. Le strabisme est à peine marqué, pas de diplopie. L'anosmie a disparu. Ptosis à peine marqué.

Elle quitte l'hôpital guérie, ayant encore une tumeur osseuse en couronne à l'angle supéro-interne de l'orbite droit, mais la tumeur centrale a disparu. Plus de ptosis ni de strabisme.

Elle continue chez elle le traitement spécifique.

OBSERVATION XXX

(Arcoleo Morgagni)

Antoine V..., de Naples, négociant en huiles dans la rue C.N. 127, âgé de quarante-cinq ans, de constitution robuste, de tempérament sanguin, d'embonpoint modéré.

La teinte de la peau est celle qu'on remarque dans les syphilis anciennes, et, de fait, il a contracté cette maladie en 1861. Il y a eu chancre induré, engorgement glandulaire, avec suppuration d'un des ganglions inguinaux, mais le malade n'a pas

su préciser les éruptions cutanées qui peuvent l'avoir atteint. Il accuse du prurit abdominal, mais ce n'est pas là un indice certain de la roséole syphilitique. Il aurait eu aussi quelques légers troubles pharyngés. En même temps il aurait ressenti des douleurs ostéocopes très vives qui se généralisèrent à tous les os et le rendirent complètement impotent, et qu'il prit pour des douleurs rhumatismales. Ces douleurs ont, du reste, complètement disparu depuis onze ans.

V... raconte qu'en 1878, il se produisit près de l'arcade orbitaire droite une tumeur de petit volume, de la grosseur d'une pièce de 10 centimes. La marche de cette tumeur a échappé au malade qui ne s'est adressé au médecin que quand il était déjà dans un état déplorable. En décembre le malade n'avait fait aucun traitement spécifique contre cette tumeur qui s'était développée au niveau du sourcil. En décembre 1878 on lui aurait donné le conseil de faire extirper l'œil, parce qu'on considérait cette tumeur comme de mauvaise nature ; voici ce que je constatai à cette période : l'œil était visiblement saillant en avant, et visiblement aussi comprimé en haut et en dehors de telle sorte qu'il y avait strabisme divergent en bas et en dehors.

Observant les régions, le malade me dit qu'il les avait toujours eues un peu insensibles (*addormentati*). Je ne pus donc noter d'exostose locale ni d'asymétrie par rapport au côté opposé, mais seulement un léger degré d'œdème. La paupière supérieure ne recouvrait plus l'œil ; celui-ci s'était congestionné par l'action de l'atmosphère.

A la palpation on sentait une tumeur qu'on reconnaissait lisse sur toute son étendue observable, de consistance moyenne ; cependant en enfonçant le doigt dans la cavité orbitaire, on avait une sensation de mollesse. Cette tumeur occupait pres-

que tout l'angle antéro-interne de la cavité orbitaire, débordait également sur la paroi supérieure et sur la paroi interne. Elle s'étendait du bord sus-orbitaire à l'os unguis. En étudiant l'adhérence de la tumeur, il me sembla qu'elle s'était développée dans le périoste. Malgré l'obscurité des anamnétiques et bien que l'âge du sujet pût faire penser à une tumeur de mauvaise nature, je penchai vers l'idée d'une gomme syphilitique. En conséquence j'ordonnai de l'iodure de potassium et une pomade à la belladone et au mercure, dont on devait frictionner la région malade. Je recommandai également des frictions mercurielles pour soulager les douleurs, je recommandai un collyre au sulfate d'atropine 0,05/15 grammes d'eau ; peu de jours après le malade m'avertit qu'il supportait bien le traitement et que la douleur s'apaisait ; je l'examinai à l'ophtalmoscope et trouvai tout normal dans le fond de l'œil. Le professeur Castorani, auquel je montrai le malade, approuva mon diagnostic et mon traitement ; j'augmentai la dose d'iodure à 3 grammes par jour ; au milieu de mai l'amélioration était bien positive. Il n'y avait plus de douleurs et la tumeur était un peu diminuée.

Vers décembre la paupière droite était encore un peu plus basse que celle du côté gauche et un peu œdémateuse ; l'œil droit se montrait synergiquement avec celui du côté opposé et il n'y avait plus de strabisme. La tumeur était réduite à un tout petit noyau qu'on sentait en enfonçant le doigt dans l'angle antéro-supérieur de la cavité orbitaire, l'ophtalmoscope montrait l'intégrité des membranes du milieu de l'œil. Pas de diplopie ni avant, ni après sauf à de rares intervalles et à un degré très faible.

OBSERVATION XXXI

(Campana)

Homme âgé de trente ans, ayant eu un chancre induré dix ans auparavant avec adénite inguinale et cervicale ; douleurs présternales et articulaires avec exacerbations, ulcères du gosier, éruption pustuleuse de la face et du tronc. Durant ces dernières années, tumeur se dirigeant vers le grand angle de l'œil, d'abord dure et insensible, puis se ramollissant, s'ulcérant et donnant issue à quantité de pus blanchâtre. L'ulcération dura deux mois, puis survint une deuxième tumeur sur le plancher de l'orbite, qui fut du volume d'une pomme. Le traitement spécifique la ramollit et la fit disparaître en laissant comme trace de son passage une petite dépression osseuse ; un an après, nouvelle douleur sur le plancher de l'œil, qui s'étendait au maxillaire supérieur de l'apophyse zygomatique avec léger abaissement du pouvoir visuel et exoptalmie. On sentait à l'angle externe de l'œil une tumeur douloureuse à la pression, qui, ponctionnée, donna une petite quantité de liquide ; le stylet indique la carie, mais sans pièces osseuses détachées ; la carie de l'œil envahit l'os malaire. L'orbite guérit complètement par le traitement approprié.

OBSERVATION XXXII

(Cullerier, *in* Beaudonnet)

Il s'agit d'un malade âgé de trente-cinq ans, Espagnol, habitant Malaga, dont le commencement de l'affection syphilitique

remonte à six ans. Voici comment il raconte son histoire : Il eut à cette époque un chancre avec adénite multiple, pour lesquels il fit un traitement mercuriel. Pendant la durée de ce traitement apparut une roséole qui dura une quinzaine. Huit mois de santé parfaite, puis à la suite d'une vive émotion morale, nouvelle éruption de roséole, mais cette fois accompagnée de croûtes du cuir chevelu et de plaques muqueuses dans la gorge. Nouveau traitement mercuriel prolongé pendant quatre mois. Trois ans de bonne santé, au bout desquels il se fait sur diverses parties du corps, notamment sur les extrémités inférieures, une éruption de tubercules cutanés (autant du moins qu'on en peut juger par les cicatrices). Troisième traitement mercuriel suivi pendant près de six mois. Nouvelle apparence de santé.

Il y a quatre mois, sans cause, violentes douleurs de tête, sentiment de lassitude générale, endolorissement des membres, insomnies. On combat cet état par des bains sulfureux, mais des douleurs persistent ; celles de la tête se localisent dans les régions pariétales.

Une douleur vive se fait sentir sur les clavicules et sur les deux tibias. Deux petites tumeurs se font voir sur la cuisse ; deux autres sur chaque avant-bras. Elles roulent d'abord sur la peau, deviennent adhérentes et finissent par s'ulcérer.

Le malade est de nouveau et pour la quatrième fois remis au mercure ; mais, après trois semaines, son état s'aggrave ; il éprouve une douleur sourde dans l'orbite du côté droit. C'est alors qu'il se décide à venir en France, et il se met entre les mains de M. Cullerier.

Lorsque celui-ci le vit pour la première fois (mai 1857) il constata un état cachectique très prononcé ; le teint est terreux ; le malade n'a pas d'appétit, dort mal, se sent très faible.

La bouche est le siège d'une inflammation mercurielle assez intense. On trouve une périostose sur la face interne des deux tibias, une exostose de la clavicule gauche, un empâtement du cuir chevelu des deux pariétaux, que le malade dit avoir été plus considérable. On voit aussi sur les cuisses et les avant-bras des plaies qui sont, à n'en pas douter, des gommès ulcérées.

Enfin l'œil gauche, nullement déformé, non douloureux, avec un peu de trouble de la vision, un peu de paresse de la pupille, fait une saillie assez considérable pour que les paupières aient de la peine à se fermer. Il est impossible de reconnaître à quoi tient cet exorbitisme : peut-être à une périostose ou à une exostose des parois de l'orbite : peut-être est-ce une gomme du tissu cellulaire orbitaire ? L'extrémité du doigt promené au pourtour de la base ne donne aucun renseignement.

Le malade est soumis, pour tout traitement, à l'usage de l'iodure de potassium à dose croissante. Au bout de très peu de temps un mieux sensible se déclare. La résolution marche simultanément et dans les accidents osseux et dans ceux du tissu cellulaire, et presque jour par jour on voit la saillie de l'œil diminuer jusqu'à ce qu'il soit revenu à son état normal.

Au bout de trois mois de traitement, tous les symptômes ont disparu, mais les périostoses tibiales et l'exostose de la clavicule plus lentement que les gommès et l'exorbitisme.

OBSERVATION XXXIII

(Alexander)

Le nommé R..., négociant, âgé de quarante-deux ans, a eu un chancre induré à la verge quatre ans auparavant. Malgré cela pas d'éruptions ni d'accidents secondaires importants. Pas

de traitement antisyphtilique suivi ; douleurs de tête insupportables, précédées il y a trois mois par des douleurs ostéocopes principalement dans les membres inférieurs. Exophtalmie en bas et en dehors, diplopie externe. Il existe une tumeur sail-lante et plate à la face interne et supérieure de l'orbite, facile-ment accessible au doigt.

On note l'injection conjonctivale, avec tuméfaction de la pau-pière supérieure.

Rien au fond de l'œil. On administre les spécifiques à haute dose : on fait des frictions mercurielles et on administre l'iodure de sodium à haute dose : environ 6 grammes par jour.

La guérison est d'abord lente, puis commence le ramollisse-ment suivi d'une légère diminution de la tumeur qui ne tarde pas à disparaître, de même que tous les accidents.

OBSERVATION XXXIV

(Alexander)

Le nommé C. P... a eu, il y a longtemps, à la suite d'une échancrure au gland des accidents buccaux, pharyngés et laryngés. Il a eu, en outre, des accidents osseux manifestes à la face interne du tibia. Du côté de l'œil gauche il s'est aussi déve-loppé des accidents semblables, à évolution lente et graduelle, précédés de maux de tête. Actuellement il existe une exophtal-mie allant du dedans en dehors. On voit une tumeur assez volu-mineuse en dedans du côté de l'angle supérieur et interne de l'œil. Les mouvements de l'œil sont limités dans cette direction. La tumeur est facilement accessible au doigt.

Mon collègue de l'hôpital d'Aix-la-Chapelle, auquel j'en avais

envoyé, a immédiatement prescrit le traitement à l'iodure de potassium à haute dose, auquel il a adjoint les frictions mercurielles, de même que les bains chauds d'Aix-la-Chapelle.

La guérison rapide de tous les accidents ne s'est pas fait attendre longtemps.

OBSERVATION XXXV

(Trousseau)

Une fillette de deux ans et demi m'était conduite dans un état comateux complet avec immobilité et dilatation des pupilles et une exophtalmie considérable de l'œil droit dont les paupières étaient rouges et gonflées.

Depuis quinze jours, l'enfant, jusque-là bien portante, était devenue triste, abattue, poussait des cris la nuit, portait la main à la tête, puis avait une crise convulsive précédant le coma que j'observais. Le père avait eu la syphilis trois ans avant son mariage, mais la mère et l'enfant semblaient indemnes. Néanmoins je préférerais pouvoir espérer me rallier au diagnostic de périostite syphilitique plutôt qu'à celui d'orbitis tuberculeuse avec méningite de même nature. Les événements me donnèrent raison, car, en quelques jours, sous l'influence de l'iodure et des frictions, la petite fille fut débarrassée de son exophtalmie et revint à une santé parfaite.

OBSERVATION XXXVI

(Walter)

L'enfant observé par Walter est un garçon de trois ans et demi, présentant depuis quelques semaines une exophtalmie

qui a atteint l'œil droit, puis le gauche. Cet exophtalmie a augmenté et l'on sent autour des globes une tuméfaction dure qui paraît provenir du fond de l'orbite et se continue en bas avec la peau de la joue.

Les paupières sont légèrement épaissies et la conjonctive oedématiée. La cornée droite est nécrosée. A gauche, on ne constate qu'une légère stase veineuse papillaire.

Dans la nuit l'œil gauche subit le sort de l'œil droit, tandis que l'exophtalmie augmente encore. La tuméfaction gagne le front et jusqu'au pariétal.

L'état général devient mauvais et la mort survient deux mois environ après le début des troubles.

On avait fait le diagnostic de sarcome et appliqué un traitement indifférent.

L'autopsie montre des gommes des deux orbites, du péri-crâne, de la dure-mère dans la fosse cérébrale moyenne droite, ainsi que des lésions gommeuses des plèvres, du diaphragme, du foie, des reins, des maxillaires supérieurs, du frontal et du temporal.

L'examen microscopique de l'orbite montre une infiltration inflammatoire.

OBSERVATION XXXVII

(Blessig)

Un cabaretier de trente et un ans, qui avait eu une ulcération de la verge il y a treize ans et n'avait pas présenté de troubles depuis lors, est atteint, en 1893, de lésions nasales qui guérissent après application d'un traitement mercuriel.

En avril 1894, exophtalmie de l'œil droit et douleurs dans

l'orbite et la tempe droite ; les mouvements oculaires sont considérablement limités ; pas de lésions ophtalmoscopiques, si ce n'est une légère stase veineuse. L'acuité est réduite à 0,1, alors qu'à gauche elle est normale ; douleurs nocturnes troublant le sommeil, pas de fièvre.

On prescrit des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium ; quelques jours après kératite neuro-paralytique.

Dans la suite exagération de l'exophtalmie ; on sent en arrière du bord orbitaire inféro-externe des masses dures irrégulières ; les frictions sont remplacées par des injections de salicylate de mercure.

La kératite neuro-paralytique s'améliore et permet de voir le fond de l'œil qui est normal.

Dans la nuit du 12 au 13 septembre, cécité subite de l'œil droit, avec étroitesse des artères et un peu de stase veineuse.

On pratique l'éviscération de l'orbite, et on trouve dans le contenu orbitaire une tumeur du volume d'une noix, de consistance dure et avec une zone centrale ramollie. On est frappé pendant l'opération de l'anesthésie orbitaire. L'examen microscopique indique la nature gommeuse de la lésion.

Après l'opération, le malade est amélioré pendant quelques semaines, mais un mois après il revient avec de nouvelles douleurs du côté gauche. On constate un léger degré de névrite œdémateuse, des troubles de la respiration, de la polyurie, de la somnolence, suivie de période d'agitation et de confusion mentale.

Mort le 2 décembre 1894 ; l'autopsie montre une masse blanchâtre, siégeant dans la dure-mère et occupant toute la fosse cérébrale moyenne droite, la selle turcique, englobant le chiasma et envahissant le lobe temporal.

OBSERVATION XXXVIII

(Soloweitschik)

T. S..., trente-trois ans, ordonnance d'officier, est examiné le 25 novembre 1862. Il présente à cette époque des ulcérations de la verge sans caractères nets et des ganglions inguinaux qui suppurent. On le met au traitement mercuriel : pilules de sublimé ; l'ulcération s'agrandit et se cicatrise enfin.

En avril 1863, il se plaint de céphalée ; ses cheveux tombent.

Il fait une pneumonie. La céphalée continue jusqu'au 7 mai, moment auquel se produit une tuméfaction rougeâtre et œdémateuse sur le bord supérieur de l'orbite gauche. Exophtalmie ; celle-ci disparaît légèrement par le traitement : Kali hydrojodicum, 30 grammes par jour.

Les douleurs de tête paraissent localisées à gauche.

1^{er} juin. — Exophtalmie, céphalée vive.

9 juin. — Céphalée, vomissements, coma, mort.

A l'autopsie, on trouve une exostose de la paroi supérieure de l'orbite, comprimant le lobe frontal. Méningite.

OBSERVATION XXXIX

(Alexander)

Le marchand M..., âgé de trente-six ans, de Saint-Pétersbourg, se présenta chez Alexander, en juin 1878 ; infecté en 1874, ce patient que ses occupations forcent à s'éloigner sou-

vent et longtemps, n'avait encore pu se soumettre à un traitement systématique. Après qu'un ulcère du pharynx et un exanthème étendu à tout le corps se furent montrés dans l'année 1875, il prit du mercure à l'intérieur pendant un peu plus longtemps, mais alors et même maintenant d'une façon irrégulière. Pendant l'année 1877, le malade fut atteint pour la première fois d'une exostose du tibia gauche et de la poignée du sternum qui n'étaient pas encore guéris le jour de son arrivée à Aix, malgré l'emploi assez prolongé d'iodure jaune de mercure. A cela s'ajoutaient depuis plusieurs mois de violentes douleurs, envahissant toute la moitié gauche de la face, douleurs qui, par l'insomnie, par un ptyalisme intense ainsi qu'avec un catarrhe buccal chronique affaiblissaient le malade et augmentaient de violence de jour en jour.

Enfin de plus, depuis trois semaines, il commençait à souffrir de l'œil gauche. A ce moment alors, le malade, presque désespéré, consentit à se soumettre à un traitement plus long à Aix et a être débarrassé de son affection.

Alexander trouva chez ce malade les symptômes syphilitiques suivants :

A la poignée du sternum, ainsi qu'aux deux tibias, se trouvaient des exostoses très douloureuses; plus récemment se montre encore une exostose du bord orbitaire supérieur gauche, exostose qui d'un côté se prolonge loin dans la cavité orbitaire et qui de l'autre se prolonge sur le front jusqu'au cuir chevelu. La paupière et la conjonctivite du côté gauche, de couleur jaunâtre, sont insensibles, la cornée, du même côté, parfaitement insensible et légèrement trouble, presque jusqu'à la périphérie, est le siège d'un dépôt central dans ses couches profondes, la tension intra-oculaire est diminuée, la pupille réagit, mais es

pareilleuse. L'anesthésie s'étend plus récemment également à la moitié gauche du front et au côté gauche du nez ; sur la joue et jusque sous la mâchoire inférieure le malade ressent mieux et localise exactement une piqûre d'épingle ; le goût et l'odorat sont supprimés du côté gauche.

On prescrit des frictions énergiques et l'iodure à haute dose, l'œil reçoit de l'atropine et un pansement occlusif. Le malade part guéri après un séjour de près de cinq mois à Aix. Les exostoses les plus récentes sont absolument disparues, la sensibilité est revenue dans toute la moitié gauche du visage quoique dans la moitié du front, elle soit un peu moins bonne. La cornée est redevenue claire et brillante, et présente une opacité centrale visible seulement à l'éclairage latéral, et qui gêne si peu la vision que le malade a une acuité égale à 1. Un an après le malade communique par une lettre qu'aucun symptôme syphilitique n'a reparu.

Nous avons donc affaire dans ce cas à une paralysie du trijumeau gauche totale pour la première branche, et incomplète dans le territoire des deux autres. Les symptômes cérébraux manquaient totalement, les autres nerfs craniens étaient également sains, il fallait donc rechercher le siège de la lésion à la périphérie ; l'exostose visible du bord orbitaire supérieur, et s'étendant vers le fond de l'orbite, conduisait sûrement à des altérations pathologiques du trajet du rameau ophtalmique du trijumeau, altérations qui s'étendaient alors au ganglion de Gasser et de là causaient les altérations neuro-paralytiques de la cornée. *Cessante causa, cessat effectus*. Lorsque la périostite de la voûte orbitaire gauche fut apaisée, les signes de paralysie du trijumeau s'apaisèrent également et ainsi fut rendue possible la guérison de la kératite neuro-paralytique.

OBSERVATION XL

(Haltenhoff)

Le 15 mars 1889, une sage-femme de notre ville m'apporte à la clinique un enfant né de la veille, Marc M..., chez lequel elle a remarqué, dès la naissance, un volume extraordinaire de l'œil droit. La mère a eu, dit-elle, une grossesse pénible, mais l'accouchement à terme a été normal et entièrement naturel. Je trouve, en effet, le globe oculaire très saillant, j'estime la protrusion en avant à environ 1 centimètre, la cornée est en même temps dirigée légèrement en bas et en dehors. Impossible de faire rentrer l'œil dans l'orbite par la pression, qui rencontre une résistance absolue. On ne sent aucune trace de pulsations ; quand l'enfant ferme les yeux, la fente palpébrale reste entr'ouverte d'environ 2 millimètres. La petitesse de l'ouverture orbitaire et la crainte de luxer le globe, qui la remplit tout entière, m'empêchent d'explorer l'orbite avec le doigt. Rien aux paupières qu'une légère rougeur. Par d'ecchymose qui pourrait faire penser à une lésion traumatique survenue au moment de la naissance. Sauf un peu d'injection veineuse de la conjonctive bulbaire et de la sclérotique, et une trace de sécrétion catarrhale, tout paraît sain. Il n'y a pas plus de chémosis que d'œdème palpébral. La cornée et l'iris ne diffèrent pas de celles de l'œil gauche, et la tension intra-oculaire semble normale. Les deux pupilles réagissent également à la lumière. L'enfant ne crie pas plus qu'un autre quand on ne le touche pas. Il ne paraît pas souffrir. Sauf une légère déformation consistant en un sillon vertical au-dessus de l'oreille droite et qui est probablement due à l'accouchement, la tête est bien conformée. Le pourtour

de l'orbite ne présente pas de gonflement. On ne trouve nulle part sur cet enfant de trace de suppuration. En revanche l'aspect de la face et du corps indique un très mauvais état de la nutrition générale. La peau, assez flasque par suite du manque de pannicule adipeux, est toute ridée, comme parcheminée. L'épiderme est soulevé sur de grandes étendues, en plusieurs points le derme présente des plaques d'un rouge brunâtre, mal délimitées. Rien d'anormal aux orifices naturels.

Traitement : frictions mercurielles deux fois par jour au front et aux tempes, ainsi que sur le tronc et les extrémités, échangeant de place. Potion d'iodure de potassium pour la mère qui nourrit l'enfant.

Au bout de trois semaines, l'exorbitisme a diminué de plus de moitié. Il n'y a plus ni injection du globe, ni sécrétion. Les téguments ont pris un aspect normal. Bien que chétif encore l'enfant s'alimente bien, augmente et semble plus prospère. On continue les frictions ; la mère n'a pu supporter la potion.

13 mai. — Il y a encore un petit reste d'exophtalmie. L'examen ophtalmoscopique ne révèle qu'un peu d'engorgement des veines rétiniennes, aucun trouble rétinien ni congestion papillaire.

2 juillet. — Il n'y a plus qu'une trace de saillie de l'œil, qui se meut parfaitement avec l'autre. Bien que l'enfant soit florissant, je lui fais prendre un peu de KI dans la soupe.

La mère raconte qu'avant la naissance de son précédent enfant qui était une fille, elle avait souffert de forts maux de tête, mais sans avoir eu, dit-elle, d'éruptions à la peau. Le père était un libertin et a disparu ; les renseignements sont d'ailleurs incomplets et peu précis. Elle dit se porter bien maintenant. L'enfant avait eu des adénopathies indolentes autour des oreil-

les et des ulcères aux pieds, ulcères qui d'après la description pourraient bien être de l'ecthyma ou du pemphigus. Les deux enfants sont d'ailleurs illégitimes et de pères différents.

Renseignements pris à bonne source, la fillette avait été soignée pendant deux mois à la clinique chirurgicale de l'hôpital cantonal pour syphilis héréditaire et ecthyma. Quelques mois après, elle avait été reçue en médecine et y était morte de la rougeole.

OBSERVATION XLI

(Ripault)

Ostéopériostite hérédo-syphilitique de la paroi orbitaire interne

T... Georges, quatre mois, est amené par sa mère à la consultation ophtalmologique de Lariboisière le 2 septembre 1895, pour un volumineux abcès occupant l'angle orbitaire interne et toute la paupière supérieure droite. Cet abcès, datant de deux semaines déjà, donne issue à une grande quantité de pus phlegmoneux par notre incision. La suppuration persistant, on explore la poche et on trouve sur la paroi interne, en arrière de la région du sac, un point osseux dénudé.

L'enfant commence à moucher du pus par la narine correspondante. La cavité orbitaire et la cavité nasale ne communiquent pas ensemble comme le montrent le stylet et surtout une injection exploratrice.

L'absence de développement du sinus frontal à cet âge fai-

sant exclure tout empyème, on doit admettre l'ostéite orbitaire, répondant vraisemblablement à l'ethmoïde.

La présence de la lésion ne trouve donc son explication que dans une influence diathésique ; mais l'examen des parents fait avec le plus grand soin apprend uniquement que la mère a fait l'année précédente une fausse couche de trois mois ; l'enfant absolument indemne de toute manifestation hérédospécifique à sa naissance, était normalement conformé, rien chez lui nese rattache à un état desyphilis héréditaire que l'éruption à l'âge de deux mois d'une incisive supérieure.

Le traitement par la liqueur de Van Swieten, puis par des frictions fut institué et l'affection rétrocéda avec une rapidité étonnante ; il se fit cependant une nouvelle poussée du côté du rebord orbitaire supérieur ; un second abcès (non accompagné de lésions osseuses apparentes) fut incisé et dès lors la guérison de la suppuration tant nasale qu'orbitaire suivit son cours ; le petit malade a éliminé par le nez quatre petits séquestres osseux. Actuellement la suppuration nasale est réduite à néant, et la cavité orbitaire est à peu près fermée complètement.

OBSERVATION XLII

(Ripault)

Un enfant d'un an environ est amené par ses parents pour une ophtalmie énorme de l'œil gauche survenue en quelques jours ; elle s'accompagne de dilatation et de paralysie pupillaire, et en même temps de fièvre, état comateux, lequel avait été précédé de convulsions et même de vomissements ; il était

donc logique de conclure à une affection orbitaire déjà propagée aux méninges. Quel en était le point de départ ? On crut bien l'avoir découvert quand la mère déclara que l'enfant avait souffert de la gorge et présenté de la difficulté en avalant plusieurs jours auparavant ; d'autant que venait de paraître le travail de Terson sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections buccales et amygdaliennes. On fit une ponction exploratrice en arrière du globe, qui demeura blanche.

L'enfant revint quelques jours plus tard, son état général et local restait sensiblement le même. On pensa alors à une périostite hérédospécifique de l'orbite ; on interrogea le père et l'on acquit la conviction que ce diagnostic était juste. Un traitement énergique fut institué aussitôt et la guérison complète avec papille normale (elle était atteinte d'une stase très prononcée) et disparition de tout phénomène méningitique, survint rapidement.

OBSERVATION XLIII

(Mackenzie)

Nodus syphilitique du frontal et de la voûte orbitaire

John M..., âgé de quarante et un ans, homme gros, osseux et bien développé, se présente à la consultation externe de Moorfields, pour un gonflement considérable du frontal à la partie supérieure de l'orbite ; l'œil est poussé en bas et en avant. Ses antécédents et des symptômes encore existants ne permettent pas de méconnaître la nature du mal. Il raconte avoir eu, il

y a dix ans, un chancre induré et un bubon qui n'a pas suppuré, le tout suivi de symptômes secondaires de longue durée. Il a subi avec avantage un traitement mercuriel interne et des frictions ; tous les symptômes ont alors disparu. Depuis lors il a eu des attaques de rhumatisme que soulageait l'iodure de potassium, et, dans plusieurs occasions, des nodus sur le tibia guéris par des vésicatoires. La tumeur actuelle du frontal existe depuis six semaines : pendant ces derniers jours, son volume a augmenté très rapidement ; elle est très ferme et dure, mais douloureuse et très sensible au toucher ; elle paraît s'étendre dans l'orbite, déplaçant l'œil en avant et en bas. Il n'y a pas de symptômes cérébraux. Trois grammes d'iodure de potassium trois fois par jour ; frictions sur la tumeur, matin et soir, avec la pommade à l'iodure de potassium. Au bout de trois mois de ce traitement, la tumeur disparut complètement.

OBSERVATION XLIV

(Hamilton)

Mary P..., âgée de trente-trois ans, a eu trois grossesses, ses deux premiers enfants sont bien portants. A sa troisième grossesse, elle fit une fausse couche de sept mois, et vint consulter trois mois après.

Elle souffre alors de douleurs dans l'œil gauche, plus vives la nuit et empêchant le sommeil. Il y a de l'exophtalmie et de la diplopie dans le regard en bas. Les paupières, surtout la supérieure, sont gonflées et d'un rouge sombre.

L'iris est de couleur verdâtre, la pupille de grandeur naturelle, mais ovale transversalement. Myodesopsie, vertiges. On diagnostique un abcès ou une tumeur de l'orbite. Le traitement sangsues, ventouses, vésicatoires, purgatifs, n'a aucun succès. On prescrit de l'oxymuriate de mercure.

Les chirurgiens de Meath où est hospitalisée la malade, bien que d'opinions diverses, ont tous l'impression qu'il s'agit d'une lésion affectant le cerveau et ne se résolvent pas à extirper le globe oculaire.

La malade sort, est revue par Hamilton qui découvre une douleur très vive localisée à la partie supéro-interne de l'orbite. A ce moment la malade apprend à son médecin qu'elle avait été infectée huit ans auparavant par son mari, et qu'elle avait eu des accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses, iritis et, depuis quatre ans, douleurs ostéocopes.

On prescrit alors du calomel à l'intérieur, et après six semaines de traitement, il y eut une grosse amélioration, les douleurs ont cessé, l'exophtalmie est réduite, la vision améliorée. Neuf mois après le début de la maladie, il n'y avait pas de différence entre les deux yeux pour l'aspect ; à gauche la vue était un peu moins bonne.

OBSERVATION XLV (Inédite)

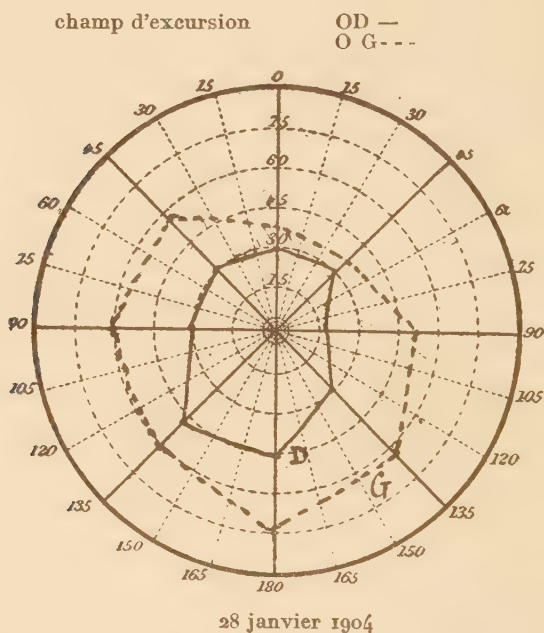
(Morax)

M^{me} L... Marguerite, vient consulter dans le service ophtalmologique de Lariboisière le 28 janvier 1904. Depuis un

mois elle souffre de névralgie dentaire, et il y a six jours, à son réveil, elle s'aperçoit qu'elle voit double, et souffre de l'œil droit.

Il n'y a pas d'œdème palpébral, pas de ptosis ; le globe palpébral paraît un peu plus saillant qu'à gauche, sans déviation apparente ; ce qui domine ce sont les troubles de la musculature externe ainsi que le montre le tracé du champ d'excursion.

La pupille, irrégulière et légèrement dilatée, est un peu paresseuse.



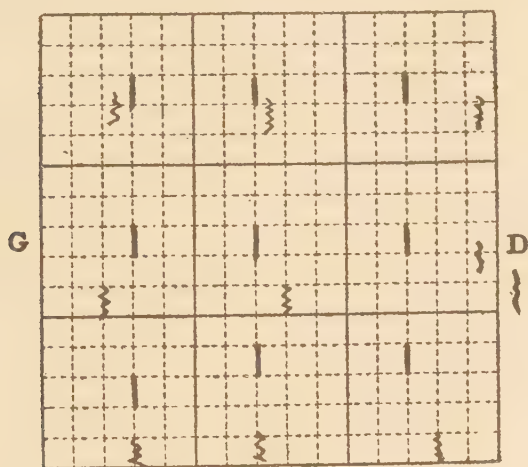
Milieux et fond : normal.

OD + 2 D V = 5/5

OG + 3 D 50 V = 5/7,50

Au niveau de la bosse frontale droite siège une tuméfaction, sans changement de coloration des téguments, à la palpation

d'une dureté spéciale avec une certaine résistance en son centre, ses limites sont indécises, il y a une véritable infiltration des



28 janvier 1904

régions voisines : L'arcade orbitaire supérieure est un peu épaissie, mais on ne sent avec le doigt aucune modification de la cavité. Peu de douleur à la pression ; un peu de sensibilité anormale dans la zone du sus-orbitaire.

Cette tuméfaction serait apparue il y a environ deux mois, aurait augmenté jusqu'à ce jour et aurait été accompagnée, depuis un mois surtout, de douleurs extrêmement violente, survenant surtout la nuit.

Le père de cette malade, âgé de soixante-quinze ans, a une monoplégie du bras droit, datant de quatre ans, la mère, âgée de soixante-neuf ans, est bien portante ; elle a eu sept grossesses ; deux enfants sont morts en bas âge, l'un à huit jours, l'autre à six mois, les deux frères et les deux sœurs de notre malade restés vivants sont bien portants.

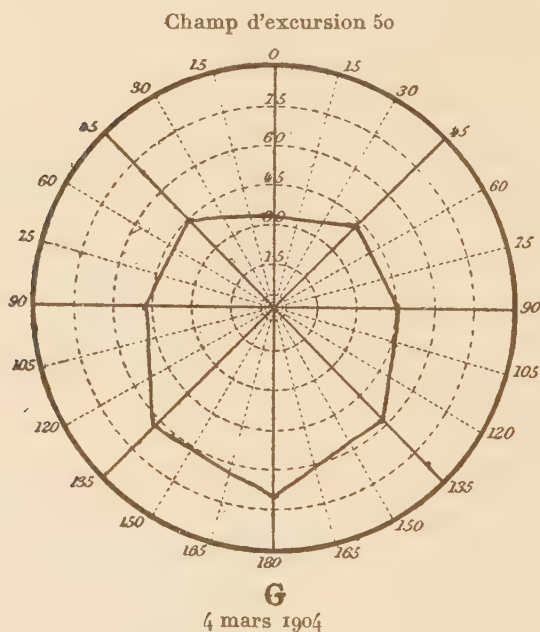
Celle-ci est d'une bonne santé générale ; à dix-sept ans, elle a

eu une chute de cheveux complète, coïncidant avec une éruption rosée prédominant au cuir chevelu et à la poitrine. Pas de fausses couches ; aucun accident spécifique notable.

Traitement : On fait une piqûre d'huile grise et l'on prescrit deux cuillerées à bouche de sirop de Gibert par jour.

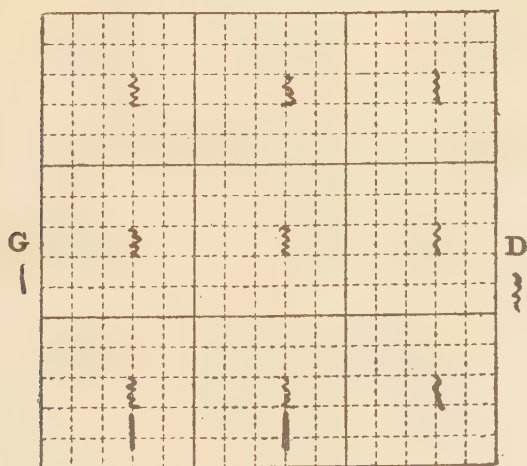
5 février. — Les douleurs sont très atténuées ; la diplopie est moins accusée et moins gênante. La tuméfaction frontale a diminué de volume ; l'œil semble moins saillant et se mobilise plus facilement.

4 mars. — La malade est à sa cinquième piqûre et a pris régulièrement du sirop de Gibert.



Il existe encore une légère protrusion du globe, mais le

champ d'excursion est le même qu'à gauche, et il n'y a diplopie que dans le regard en bas.



4 mars 1904

25 mars. — La malade a repris son travail ; elle a cessé le sirop de Gibert, mais on continue les piqûres d'huile grise ; bon état général et localement diplopie peu gênante.

15 mai. — Elle est à sa douzième piqûre, la guérison paraît complète.

Le 24 février 1905, il n'y a aucun trouble visuel, l'état général est excellent ; on a fait en juin-juillet 1904 une série de six piqûres d'huile grise. Depuis cette époque, la malade a eu quatre séries de piqûres de cyanure de mercure.

Nous avons pu revoir cette dame en mai 1909. Elle n'a présenté aucun trouble déclaré depuis sa dernière visite dans le service en février 1905.

Actuellement tout paraît normal ; il n'y a aucune cicatrice frontale, ni périorbitaire, les mouvements du globe ont toute leur amplitude, il n'y a pas de diplopie.

$$OD + 2D \quad V = 5/5$$

$$OG + 3D50 \quad V = 5/7,50$$

OBSERVATION XLVI (Inédite)

(Chaigneau)

B... Jean, trente-deux ans, ne présente aucun antécédent spécifique, ni héréditaire, ni acquis.

En 1905, il reçut dans la région fronto-pariétale gauche une pierre qui fit une plaie du cuir chevelu et produisit une ecchymose palpébrale.

En juillet 1907, il éprouva une certaine gêne dans les mouvements de l'œil gauche, puis apparut de la diplopie ; ces symptômes ne s'accompagnaient d'aucune douleur. Depuis cette époque ces troubles allèrent en augmentant lentement, mais régulièrement ; en novembre 1907 apparut de l'exophtalmie et le malade vint consulter le 8 janvier 1908 ; depuis une semaine sont apparues des douleurs très vives, plus intenses la nuit que le jour et siégeant autour de l'orbite gauche, avec irradiation au sommet de la tête et dans le maxillaire supérieur.

L'œil droit est normal.

OD V = 1

Les paupières de l'œil gauche sont légèrement injectées et closes, mais il n'y a pas paralysie du releveur ; il existe une exophtalmie axiale légère, mais irréductible, les mouvements du globe sont limités surtout en haut et latéralement ; il y a de la diplopie latérale homonyme et croisée.

Au stéréoscope, fusion binoculaire.

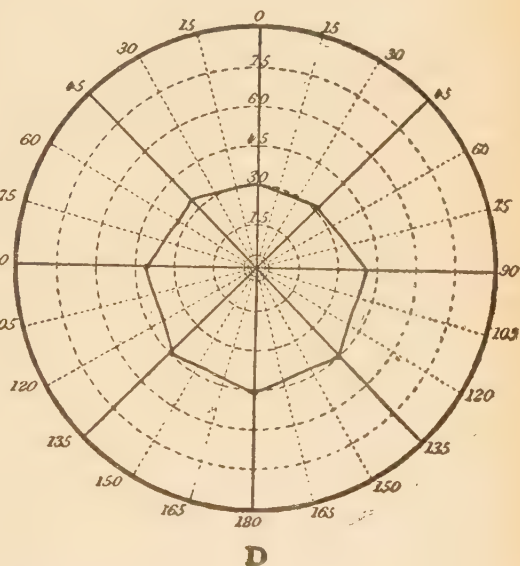
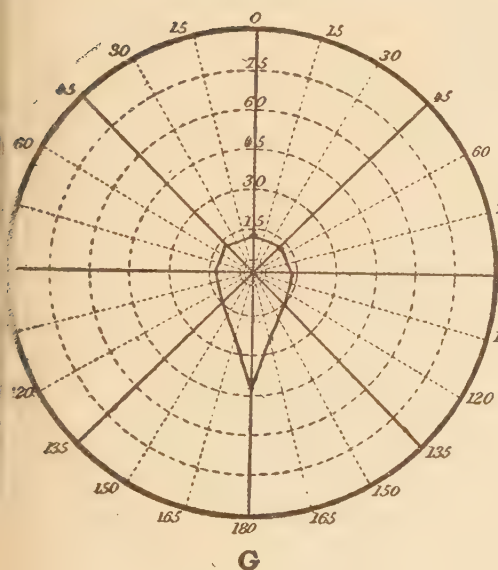
Au diploscope, vision binoculaire.

OG V = 2/3

L'examen du sang ne décèle rien d'anormal (Carlotti).

Les douleurs augmentant, M. le Dr Morax fait le 18 janvier 1908 une orbitotomie externe et avec le doigt sent au voisinage du sommet de l'orbite une masse dure, du volume d'une amande implantée sur la paroi osseuse et non mobilisable avec le doigt.

20 janvier. — On fait au malade une piqûre d'huile grise.



Les douleurs sont amendées par le pyramidon.

27 janvier. — Nouvelle piqûre ; les douleurs s'atténuent, mais l'exophtalmie ne diminue pas.

4 février. — Troisième piqûre d'huile grise ; le champ d'excursion du globe est plus développé.

Le malade sort du service le 5 mars 1908, il a eu huit injections ; les douleurs ont considérablement diminué, l'exophtalmie aussi, l'amplitude des mouvements a augmenté.

25 juillet 1908. — Il rentre à l'Hôtel-Dieu dans le service de Chaigneau

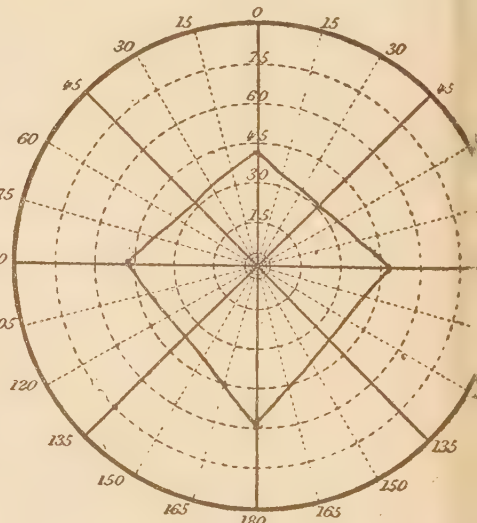
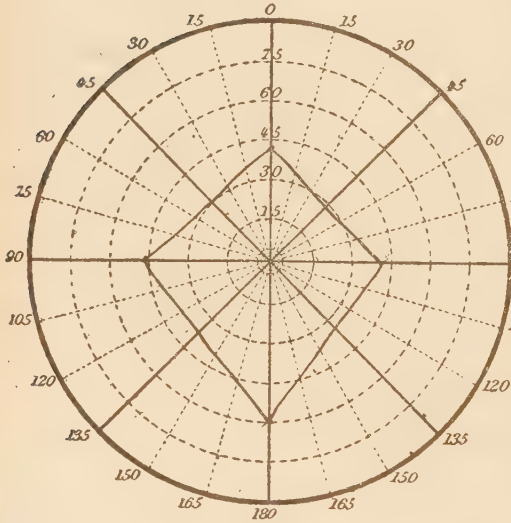
M. le professeur de Lapersonne. Nous avons eu les renseignements qui suivent par l'intermédiaire de M. Duverger, interne du service ; le malade se plaint alors de douleurs vives au niveau de l'arcade orbitaire, survenant par crises irrégulières, mais se produisant plus fréquemment la nuit ; elles sont augmentées par la pression au niveau du point d'émergence du sus orbitaire ; il y a encore une légère exophtalmie et une limitation des mouvements d'adduction.

OD — 1D V = 1

OG — 1D V = 1

Champ d'excursion

Date 4 janvier 1909



G

D

On fait comme traitement des piqûres intraveineuses de cyanure d'hydrargyre 0 gr. 01 tous les deux jours, et le malade prend 0 gr. 50 d'iodure de potassium par jour.

Il se produit des alternatives de bien et de mal jusqu'en octobre 1908 ; à ce moment, il se plaint d'avoir la vue trouble, et

on constate alors à droite et à gauche des lésions de chorio-rétinite pigmentaire très abondantes à la périphérie, mais laissant indemne la région papillo-maculaire. Le champ visuel est légèrement rétréci ; mais le champ de fixation est plus étendu et il n'y a de la diplopie que dans le regard à droite.

En janvier 1909, nous avons revu ce malade, sorti depuis peu de l'Hôtel-Dieu ; son état général est bon, il mange et dort bien, mais il a encore quelques douleurs dans l'orbite gauche.

Plus d'exophtalmie ; mouvements normaux, sauf ceux d'adduction. Un peu de diplopie.

OD V = 5/35, avec — 1D V = 1

OG V = 5/35, avec — 1D V = 1

Les lésions du fond sont les mêmes, le champ visuel est normal.

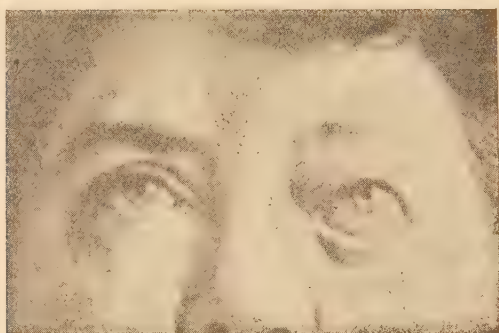
Depuis cette époque le mieux n'a fait que s'accroître on a recommencé en mai une série d'injections.

OBSERVATION XLVII (Inédite)

(Chaigneau)

Le 22 septembre 1908, nous voyons P... Gabrielle, corsetière, quarante-trois ans, qui présente une exophtalmie considérable de l'œil gauche, absolument irréductible : l'œil est repoussé en bas et en dehors par une grosseur de consistance osseuse, immobile et du volume d'une noisette, que l'on sent avec le doigt sous le rebord orbitaire supérieur. La paupière supérieure est amincie, l'inférieure repoussée en tas par le globe, mais l'occlusion est complète ; il y a un peu de larmolement, mais les voies lacrymales sont perméables.

Le nez est aplati, en lorgnette, mais la malade ne se souvient pas de la date d'apparition de ce symptôme ; elle respire mal et présente un tirage continu ; elle ne se plaint pas de voir double, mais on décele facilement la diplopie à la chambre noire avec un verre coloré. Au stéréoscope vision simultanée, fusion binoculaire avec la correction de l'amétropie. La motilité du globe est complète.



Milieux et fond normaux.

OD V = 1

OG V = 1/2, avec 135° — 7D50 — — 1D

On prescrit du sirop de Gibert ; la malade ne pouvant le supporter on le remplace par des frictions mercurielles. Il ne se produit aucune amélioration.

11 décembre 1908. — L'examen laryngoscopique est pratiqué par le Dr Baldenweck qui conclut à une paralysie récurrentielle gauche certaine, moins sûre à droite,

Sinus maxillaire et frontal : normaux.

Nous conduisons la malade dans le service de radiographie de Lariboisière ; la radiographie du thorax est, paraît-il, impossible ; celle de l'orbite pratiquée, deux fois de suite, ne donne aucun résultat, car il y a trop de plans superposés.

M^{me} P... n'a pas vu son père depuis plusieurs années ; celui-ci a été interné à l'âge de trente et un ans dans un asile d'aliénés. Sa mère, âgée de soixante-six ans, est bien portante ; celle-ci n'a eu que deux grossesses, notre malade et une fille morte à trois ans, pendant le siège de Paris.

A l'âge de dix ans, elle a eu deux crises nerveuses avec perte de connaissance, qui ne se sont pas répétées depuis. Réglée à quatorze ans.

A partir de dix-huit ans, souffre de violents maux de tête. A dix-neuf ans s'aperçoit un jour que l'œil gauche est rouge ; le Dr Abadie, consulté, constate qu'il y a au niveau du rebord orbitaire supérieur une petite grosseur allongée, du volume et de la forme d'un haricot ; pas d'exophtalmie. Il prescrit un traitement mercuriel, mais on n'a fait qu'une friction, la malade ayant présenté sur la face une éruption, dont il reste encore quelques cicatrices.

Bientôt apparaît de l'exophtalmie, sans diplopie, et la petite tumeur est remplacée par un chapelet de petites excroissances très dures, cachées par un œdème de la région.

L'année suivante, en 1885, le Dr de Wecker prescrit du sirop de Gibert qui n'est pas supporté, cependant les exostoses disparaissent.

En 1893, aux Quinze-Vingts, le Dr Kalt fait une blépharographie partielle, pour permettre l'occlusion complète de la fente palpébrale.

Peu de temps après apparaît de la dyspnée intermittente, consulte à Saint-Antoine et à Lariboisière.

Nous n'avons vu cette malade que tout à fait incidemment dans le service ophtalmologique de Lariboisière.

OBSERVATION XLVIII (Inédite)

(Chaigneau)

Le 16 mai 1909, à son réveil, M. M... Henri, vingt-sept ans, ressent une gêne, « un appesantissement sur l'œil gauche », et le soir il s'aperçoit qu'il y a un léger œdème des paupières. Depuis la gêne s'est accentuée un peu, mais il n'y a pas de douleurs vives ; quatre jours après il voit double, c'est alors qu'il vient à la consultation de Lariboisière.

Ses parents sont vivants et bien portants ; il a trois sœurs en excellente santé ; à sa cinquième grossesse, sa mère eut un accouchement prématuré.

Lui-même fut bien portant durant sa jeunesse et son adolescence. Soldat pendant quatre ans, il partit au Congo en 1905, il eut là-bas des accès répétés de fièvre paludéenne : depuis son retour en France, en mars 1907, ces accès se sont espacés, et ne sont maintenant que de courte durée.

Aucun accident spécifique.

Marié depuis neuf mois, sa femme n'a pas fait de fausses couches.

Il y a quinze jours, eut sur le corps une éruption de boutons, qui disparut en huit jours, avec des bains d'amidon et de la magnésie calcinée à l'intérieur.

Actuellement, il ne reste aucune trace de cette éruption.

Le 21 mai 1909, à la première consultation, la paupière supérieure de l'œil gauche est œdématiée et forme un bourrelet qui remplit en partie le sillon orbito-palpébral ; elle couvre environ $1/2$ millimètre de pupille ; la paupière inférieure est également œdématiée.

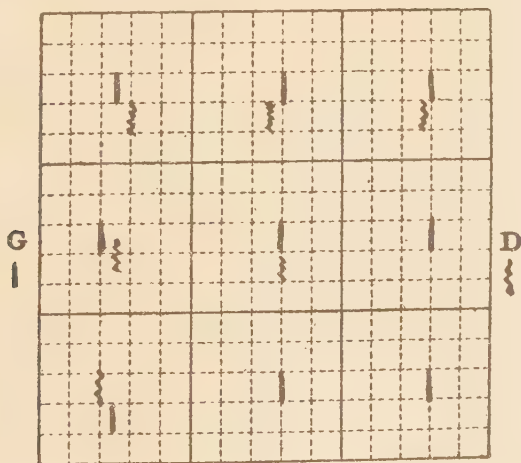
Aucune douleur spontanée, ni provoquée au niveau des rebords orbitaires.

Les mouvements du globe sont normaux, et il ne paraît pas y avoir de déviation, les images de Maddox sont très bien centrées.

Diplopie augmentant dans le regard en haut et à gauche, tantôt homonyme, tantôt croisée.

L'examen du sang fait en dehors d'un accès (Carlotti) ne décèle rien d'anormal. L'examen des sinus frontal et maxillaire (Baldenweck) montre que l'éclairage est moins parfait à gauche qu'à droite. La ponction et le lavage du sinus frontal sont négatifs ; l'ombre du sinus maxillaire correspond exactement à l'œdème de la paupière inférieure.

Fosses nasales normales.



Nous revoyons le malade le 26 mai, l'œdème a augmenté, la fente palpébrale est diminuée ; il y a un peu de chémosis dans l'angle externe.

Pas de douleurs, seulement une sensation de lourdeur dans l'œil.

Le malade se plaint que la vue baisse un peu. Cependant avec la correction de l'amétropie, l'acuité visuelle est la même qu'au premier examen :

OD — 4 D V = 5/7,50

OG — 5 D V = 5/7,50

L'aspect de la papille est le même qu'à droite.

On fait une piqûre de calomel : 0 gr. 05.

29 mai. — L'œdème a diminué ; la piqûre est bien supportée.

5 juin. — L'œdème est disparu en grande partie. Seconde piqûre.

14 juin. — L'œdème a complètement disparu, aucune douleur ; les mouvements sont normaux, mais il subsista encore de la diplopie.

Troisième piqûre.

OBSERVATION XLIX (Inédite)

(Chaigneau)

M^{me} J..., vingt-six ans, n'a jamais eu de maladie grave ; elle n'a souffert que de migraines datant de la puberté. Mariée à vingt-cinq ans, elle est enceinte de huit mois en février 1909, lorsqu'apparaît une éruption siégeant sur le trajet du nerf ophthalmique gauche. Elle entre à Lariboisière dans un service de médecine, d'où on la fait passer à la maternité quelques jours plus tard ; elle y accouche le 15 mars d'une fille à terme, bien constituée et depuis bien portante. Au moment de l'accouchement les lésions du zona étaient à l'état cicatriciel, et des céphalées auparavant très violentes ont disparu depuis.

Quelques jours après l'accouchement, la malade présente certains troubles de la parole, elle saute dans des phrases certains mots et certaines syllabes ; elle a de la raideur dans les mouvements, et pendant de courts instants, elle perd la notion de ce qu'elle fait. Comme elle présente un abaissement de la paupière supérieure gauche, elle vient à la consultation ophtalmologique de Lariboisière.

Lorsque nous la voyons le 6 août 1909, il y a un ptosis complet à gauche ; lorsqu'on relève la paupière on voit que l'œil est absolument immobile, mais sans exophtalmie. Il y a une forte injection périkeratique et des ulcérations de la cornée en train de se cicatriser. La pupille dilatée par l'atropine est de contour irrégulier. Les milieux sont inéclairables. Diplopie.

Les sinus examinés par le Dr Lemaître sont normaux.

Il y a un effondrement des os du nez, qui daterait de un mois environ.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

On soumet la malade au traitement mercuriel.

Sa mère, morte d'accident à cinquante-trois ans, a eu douze grossesses dont trois fausses couches ; deux des enfants sont morts de méningite, un troisième est actuellement tuberculeux. Cinq frères et deux sœurs de la malade sont actuellement bien portants.

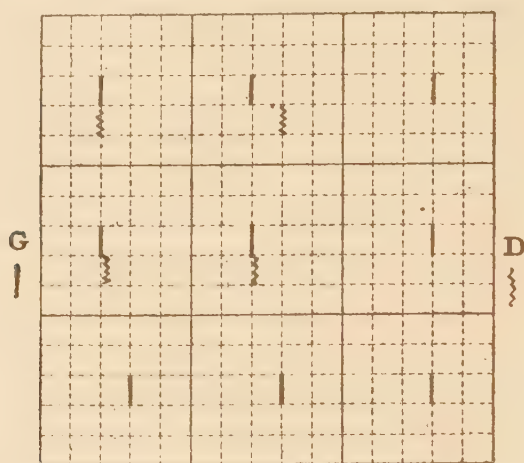
Le père est mort d'une affection indéterminée.

Un mois après ce premier examen, le 6 mai 1909, la malade a eu six piqûres d'huile grise. Les lésions cornéennes se sont améliorées ; les milieux sont éclairables, mais ne permettent pas de voir le fond de l'œil. La malade compte les doigts à 1 mètre.

Il y a encore un certain degré de ptosis, mais les mouvements du globe sont normaux.

On cesse le traitement général.

14 juin 1909. — La paupière supérieure recouvre encore un tiers de pupille moyennement dilatée ; les mouvements de l'œil ont toute leur amplitude et ne sont pas douloureux. Au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur, la pression réveille une légère douleur.



La diplopie sans caractères au début de l'affection est aujourd'hui homonyme, mais n'apparaît que dans le regard extrême en haut et à gauche.

La vision est encore très défectueuse :

$$\text{OG V} = 1/35$$

$$\text{OD V} = 5/5$$

On recommence les piqûres d'huile grise.

CONCLUSIONS

1° La syphilis de l'orbite est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

2° Le squelette orbitaire peut être atteint par la syphilis héréditaire et par la syphilis acquise à toutes les périodes, mais c'est surtout à la période tertiaire que les cas sont les plus nombreux.

3° Les lésions tertiaires sont plus tenaces, plus rebelles au traitement, d'évolution plus lente, et partant plus destructives que les lésions secondaires et que celles de la syphilis héréditaire, qui rétrocedent avant qu'il y ait eu destruction des tissus.

4° L'affection revêt un caractère de malignité, lorsqu'il n'y a pas eu de traitement antérieur suffisant et surtout lorsque la syphilis est ignorée, ce qui n'est pas rare.

5° Si les antécédents syphilitiques sont absents, il faut malgré cela instituer, immédiatement, le traitement hydrargyrique, qui est en ce cas la pierre de touche, et montre par l'évolution rapide vers la guérison, le caractère spécifique de l'affection.

6° Le pronostic varie suivant le siège.

7° Le traitement doit être intensif.

Vu : Le Président de la thèse
GARIEL

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.* — Traité des maladies des yeux.
- Alexander.* — Syphilis und Auge. Wiesbaden, 1889.
- Maladies de l'orbite, 1892.
- Antonelli.* — Périostite orbitaire hérédo-syphilitique. Clinique ophtalmologique. Paris, 1901.
- Angelo (d').* — Gomma del periosti. nell'angole superior interior della cavita orbitaria. Il Morgagni, 1881.
- Arcoleo.* — Deux cas de périostite de l'orbite. Resocordo della clin. ottalm. di Palermo, 1871.
- Astruc.* — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1755.
- Badal.* — Arch. d'opht., 1886.
- Bard.* — Précis d'anatomie pathologique. Paris, 1890.
- Beaudeau.* — Contribution à l'étude de la syphilis orbitaire. Thèse de Paris, 1894.
- Berger (E.).* — Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale, 1892.
- Berlin.* — Handbuch von Græfe Sæmisch, vol. VI.
- Berne.* — Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1884.
- Beyran.* — Union médicale, 1854.
- Billroth.* — Pathologie générale, 1887.
- Traité de chirurgie.

- Blessig.* — Ein Fall von gummöser Erkrankung der orbita der mittleren Schädelgrube und des Gehirus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. Stuttgart, 1895.
- Billard.* — Précis d'anatomie pathologique de l'œil, suite à la traduction de Lawrence. Paris, 1830.
- Boulangier.* — Société médico-chir. de Brabant. Revue méd. Belge, 1894.
- Boys de Loury.* — Gazette hebdomadaire, 1860.
- Boerhave.* — Maladie des yeux, 1749.
- Bull.* — Lésions of the orbitals Walls and borddur te syphilis. New-York medical Record, 1832.
- Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1884.
- Encyclopedie der gesammten Heilkunde.
- Busch.* — Wien. med. Presse, 1881.
- Campana.* — Osteoperiostite gommosa della parete orbitaria inferiore, suo metodo curativo. Giornale ital. d. mal. ven., 1871.
- Carron du Villards.* — Etudes pathologiques et cliniques sur les différentes espèces d'exophtalmie. Annales d'oculistique, 1858.
- Cock.* — Tumeurs orbitaires. Med. Times and gazette. Annales d'oculistique, t. XXXVI.
- Cullerier.* — Précis ico. des mal. vénériennes. Paris, 1866.
- Demarquay.* — Traité des tumeurs de l'orbite. Paris, 1890.
- Demours.* — Traité des maladies des yeux, 1818.
- Dimmer.* — In die syphylis und die venerischen kraukeiten, 1886.

- Desmarres.* — Inflammation de l'os et du périoste de l'orbite.
Gazette des hôpitaux, 1853.
- Carie de l'orbite. Clinique européenne, 1859.
- Traité théorique et pratique des maladies des yeux.
- Dore.* — Protrusion of the globe... Diagnosis of a syphilitic nove withis the orbit... clinic. Lect. et Rep. Lond. Hospital, 1864.
- Duclos.* — Languedoc médico-chirurgical, 1897.
- Elsenberg.* — Gumat ozodulu. Gazeta Lakarska. Warszawa, 1894.
- Evans.* — Bilateral orbital gommata. Amer. pract. News-Louisville, 1890.
- Fano.* — De l'ostéite et de l'ostéopériostite du grand angle de l'orbite. Gazette médicale, 1878.
- Traité pratique des maladies des yeux, 1866.
- Fichet.* — Observations sur différents cas singuliers relatifs à la médecine pratique, 1761.
- Forgue.* — Précis de pathologie externe.
- Fournier.* — Leçons sur la syphilis, 1873.
- Fisher.* — Wills Hosp. Ophth. Soc., 1903.
- Fromageot.* — De la kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique. Thèse de Paris, 1898.
- Frugiule et Bevacqua.* — Ass. dei medici e naturalisti, 1901. Naples.
- Fuchs.* — Die Krankheiten Veredelungen der Haut und ihre Auhonge. Gottingen, 1840.
- Galezowski.* — Amblyopies et Amauroses syphilitiques. Archiv. générales de médecine, 1871.
- Recueil d'ophtalmologie, 1872.

- Contribution à l'étude des tumeurs syphilitiques de l'orbite. Recueil d'opht., 1879.
- Annales d'oculistique, 1893.
- Gangolphe.* — Arch. prov. de chirurgie, 1893.
- Maladies des os. Paris, 1894.
- Gaucher et Lacapère.* — Soc. de derm. et syph., 1901.
- Goldzieher.* — Az orbitalis syphilis, trad. in Samml. zwangl. Abhandl. a. d. geb. d. Augenh. Halle, 1902.
- Gros et Lancereaux.* — Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861.
- Guérard.* — Ann. de thérapeutique.
- Hallopeau.* — Société de dermatologie et de syphiligraphie. Paris, 1893.
- Haltenhoff.* — Exophtalmie congénitale syphilitique. Annales d'oculistique, t. CII, 1886.
- Hamilton.* — Dublin journal, of. med. science. Dublin, 1836.
- Hennert et Coppez.* — Ann. de dermatologie et de syph. Paris, 1895.
- Hock.* — Real Encyclopedie der gesammt. Heilkunde (art. Orbite).
- Horner.* — Periostitis orbitæ und perineuritis new. opht. Klinik. Monatsbl., t. I.
- Heinicke.* — A case of syphilis periostitis of the orbiti. Amer. journal of opht., 1884.
- Gummy tumor of the orbit. Opht. Review, 1887.
- Hotz.* — A case of syphilitic orbital periostitis and optic neuritis. Opht. Record, 1903.
- Ibershoff.* — Med. Century, 1903.

Konoto. — Syphilis de l'orbite. Nippon gangkwa gaku-kivai Zasshi. Tokio, 1903.

Koenigstein. — Club médical de Vienne, 1895.

Knies (Max). — Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen... Wiesbaden, 1893.

Jallien. — Traité des maladies vénériennes.

Lacrose. — Thèse de Paris, 1857.

Lancy (Edouard). — Vorlesungen über pathologie und therapie der syphilis, 1884-1886.

Leber. — Archiv. d'opht., 1880.

Le Noir. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1858.

Macartau. — Journal de Sédillot, XLV, p. 453.

Mackenzie. — Traité des maladies des yeux, 1856.

— Gazette des hôpitaux, 1856.

Mandelstamm. — Ein seltener Fall vonluetischer affection der Augenkœhlen. Centralbl. für præk. Augenheilkunde, 1895.

Mansilla. — Revista de medicina y cirugía. Madrid, 1894.

Mauriac. — Leçons sur les maladies vénériennes. Paris, 1883.

— Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, 1899.

Morax. — Précis d'ophtalmologie.

Mracek. — Zùr Syphilis der Orbita. Wiener Klinik., 1886.

Pagenstecher. — Arch. f. Augen, 1883.

Panas. — Traité des maladies des yeux, 1894.

— Phlegmon orbitaire, méningo-encéphalite consécutive, névrite optique avec amaurose. Perforation spontanée par ostéite des os du crâne. Société de chirurgie, 1873.

- Parker.* — Sect. of ophtalm. College of physici. of Philadelphia, 1906.
- Pechin.* — Recueil d'opht., 1906.
- Poulet.* — Société de chirurgie, 1884.
- Traité de path. externe. Paris, 1885.
- Rayer.* — Ann. de thérapeutique, t. VI, p. 90.
- Reber.* — Tertiary orbital periostitis. Ann. opht. Saint-Louis, 1897.
- Ricord.* — Traité complet des maladies vénériennes, 1838.
- Bull. gén. de therap., t. VI. p. 295.
- Ripault.* — Ostéopériostite hérédo-syphilitique de la paroi orbitaire interne. France méd. Paris, 1895.
- Rollet (J.).* — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1865.
- Dictionnaire de Dechambre. Art. Syphilis.
- Rollet.* — Encyclop. française d'Oph. Art. Orbité.
- Rougé.* — Périostite du sinus sphénoïdal. Bulletin de la Soc. méd. de la Suisse romande, 1872.
- Scarpa.* — Encyclopédie des sciences médicales de Bayle. Maladie des yeux, par Scarpa, 1839.
- Gazette médicale de Paris, 1835-1836.
- Schött.* — Periostitis syphilitica mit gummöser Wischerung in beiden Augenköhlen. Archiv. für Augen und Ohrenheilk, 1878.
- Sichel.* — Mémoire sur la carie de l'orbite. Annales d'oculistique, 1870.
- Spenser Watsend.* — On the diagnosis of periostitis in orbita. Prakt. London, 1872.
- Spillmann.* — Syphilis osseuse. syphilis acquise. Paris. 1909.
- Chaigneau

Stæhr. — De Caria orbitæ. Thèse de Fribourg en Brisgau, 1833.

Tangemann. — Gummy Tumor of the orbit. Cineinn. Lancet clinic., 1886.

Terrier et Morax. — Revue de chirurgie, 1903.

Trousseau. — Médecine moderne, 1894.

— Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1894.

Uthoff. — Fall von syphilitischen orbitalerkrankung. Archiv. für opht., vol. XXXIII.

Verchère. — Société de dermatologie et de syphiligraphie. 1895.

Walter. — Doppelseitige gumma der Augenköhle. Klin monatsbl. für Augenheilk.. 1895.

Wawkins. — Cas de carie syphilitique de l'orbite. Medical and Physic. Journal. London, 1827.

Wecker et Landolt. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, 1889.

Würdemann. — Some syphilitica lesions of the orbit. American Journal of Opht. Saint-Louis, 1891.

